Tom X. Lipiec — Sierpień 1908. 7—8.

Czasopismo Lekarskie

Obecny stan wiedzy o guzach noso-gardzielowych oraz przyczynek do kazuistyki tych guzów.

Napisał **Dr. D. Helman** (Łódź).

(Ciąg dalszy).

Przechodzę obecnie do szczegółowej charakterystyki 1) *polipów noso-gardzielowych* i 2) *włókniaków*.

1) *Polipy noso-gardzielowe*. Pod tą nazwą rozumieć będziemy zwykłe śluzowe polipy, które biorąc początek w jamie nosowej w miarę dalszego rozwoju wrastają przez tylne nozdrza (choany, do jamy noso-gardzielowej, gdzie przyjmują formę przestrzeni) w której rosną, wypełniają mniej lub więcej jamę noso-gardzielową, opuszczają się do gardzieli, do podstawy języka, a nawet nagłośni, rosnąc w ten sposób do olbrzymich rozmiarów. Co do miejsca przyczepu polipów noso-gardzielowych zdania są bardzo podzielone. Większość autorów twierdzi iż biorą one początek w sąsiedztwie tylnych wylotów nosowych, od tylnych odcinków muszli nosowych, od tylnej części przegrody nosowej i brzegów choan. S c h m i d t 7) wypowiada zdanie, iż w większości przypadków polipy noso-gardzielowe wyrastają z pod środkowej muszli, w przestrzeni półksiężycowej (hiatus semilunaris) tuż u wejścia zatoki szczękowej. K i l l i a n 8) na zjeździe laryngologów w Heidelbergu w r. 1905 poszedł dalej i na zasadzie swych własnych spostrzeżeń doszedł do wniosku, iż rzeczywistym źródłem i punktem wyjścia tych polipów (nazywanych przez niego choanalnemi) jest błona śluzowa zatoki szczękowej. Wkrótce potem S e g u r a 10) niezależnie od K i l l i a n a, opierając się na własnych obserwacjach i mozolnych badaniach, potwierdził w zupełności poglądy K i l l i a n a. Przy doszczętnych operacjach polipów dokonanych przez S e g u r ę per fossam caninam autor ten znajdował bardzo często zatokę szczękową wypełnioną większą lub mniejszą liczbą tworów polipowatych, które przez for. accessorium wrastały do jamy nosowej i noso-gardzielowej. Ta właśnie okoliczność tłomaczy nam niemożność odnajdywania miejsca przyczepu polipa noso-gardzielowego po jego usunięciu.

Dalsze obserwacje wykażą, o ile terja *Killiana* i *Segury* da się zastosować do wszystkich przypadków polipów noso-gardzielowych,

liczne jednak spostrzeżenia kliniczne, opublikowane przez Panas'a, Joucherny, Mour'a, Gerbera 13), Thurm'a 14) i moje własne nie wykluczają możliwości powstawania omawianych polipów i na innych miejscach śluzówki jamy nosowej.

Powstawanie polipów noso-gardzielowych nie jest ściśle związane z wiekiem chorego, co jak zobaczymy niżej stanowi jedną z najbardziej charakterystycznych własności „włókniaków noso-gardzielowych". Spostrzegano polipy noso-gardzielowe u starych i młodych osobników, a nawet u nowonarodzonych. Najczęściej spotykają się między 20—30 rokiem życia. Powstają one w następstwie procesu zapalnego błony śluzowej lub okostnej, pokrywającej muszle nosowe i są rezultatem surowiczego przepojenia (imbibicji) błony śluzowej muszli, ściśle więc należałoby nazywać polipy nosowe wogóle *„przerostami z surowiczem przepojeniem"*, tembardziej, że główną zawartość polipów stanowi nie śluz, lecz płyn surowiczy (Zuckerkandl 15), Hajek 16), Cholewa 17), Corder 18), Kubo 19), Stefanowski 20). Z tych to właśnie obrzmiałych przerostów częściowych (hypertrofji) tworzą się woreczki błony śluzowej, przepojone płynem surowiczym, które następnie wskutek własnego ciężaru wydłużają się, opuszczają się ku dołowi, wywołując w ten sposób zastój żylny i limfatyczny, co w rezultacie zwiększa obrzmienie i daje początek polipom. Z tego wynika, że polipy pod względem histologicznym składać się muszą z tych elementów, z jakich składa się tkanka śluzowa, która im daje początek.

Histologiczną budową polipów zajmowali się głównie Billroth 21), Zuckerkandl 15), Chiari 22), Heyman 23). Wyniki ich badań również potwierdzają, iż polipy śluzowe (t. zw. śluzaki) są to ograniczone przerosty błony śluzowej, które uległy surowiczemu zwyrodnieniu. A więc powierzchnia ich jest pokryta nabłonkiem cylindrycznym migawkowym z pojedyńczemi limfocytami między komórkami, w niektórych miejscach wskutek tarcia, lub ucisku, komórki migawkowe podlegają metaplazji, już to tracąc migawki, już to zmieniając swą cylindryczną formę w bardziej płaską jedno lub wielowarstwową. Pod nabłonkiem leży błona właściwa mniej lub więcej rozwinięta, która niekiedy zupełnie nie istnieje. Pod nią tkanka łączna, składająca się z cienkich włókien, między któremi są rozrzucone okrągłe, wrzecioniowate i gwiaździste komórki niekiedy z wyrostkami; w tej też warstwie znajdują się drobne naczynia krwionośne. Najgłębszą warstwę stanowi bardzo cienka tkanka łączna rozrzucona pętlicami (areolarna) w formie sieci; przestrzenie czyli oczka między włóknami dochodzą często do dużych rozmiarów i są wypełnione surowiczym płynem, co na pierwszy rzut oka robi wrażenie tkanki, która uległa zwyrodnieniu śluzowemu (ztąd też powstała mylna nazwa „śluzaków"). Że jednak nie mamy zwyrodnienia śluzowego dowodzi ta okoliczność, iż płyn wypełniający oczka tkanki łącznej jest surowiczy, ścinający się przy nagrzewaniu, mucyny zaś znajdujemy zaledwie ślady. W płynie tym znajdują się często komórki eozynofilowe, niekiedy zaś i kryształy Charcot-

Leyden'a (Benno Lery 24) Billroth 25), widział w polipach i włókna nerwowe.

Gruczoły spotykamy przeważnie w szypułach polipów tam gdzie granicza z tkanką zdrową, jednakże Alexander 25), Okada i Heyman 23) znajdywali gruczoły w głębszych warstwach polipów. Względnie często spostrzegać możemy w polipach mniejsze lub większe torbiele, które powstają już to przez połączenie kilku oddzielnych areol w jedną jamę, już to w następstwie zatkania światła przewodu gruczołowego (Chiari, Heymann).

Co się tyczy *objawów klinicznych*, wywoływanych przez polipy noso-gardzielowe, to są one zależne od ich usadowienia, rozmiarów i wrażliwości danego osobnika. Prócz zatkania nosa, mniej lub więcej wyrażonej niedrożności, częstych katarów, obfitej wydzieliny śluzowo-ropnej, przytępienia słuchu z powodu ucisku guza na ujście trąbki Eustachjusza, charakterystycznej mowy nosowej, innych objawów zazwyczaj nie spostrzegamy. U niektórych jednak osobników występują uporczywe bóle głowy, zawroty, senność, apatja, napady duszności zwłaszcza po wysiłkach fizycznych, ataki kaszlu, ataki astmatyczne i cały szereg nerwic zwrotnych (Sokołowski 27).

Rozpoznanie polipów noso-gardzielowych w większości przypadków nie napotyka trudności. Przy rhinoscopji post. zwłaszcza po odciągnięciu miękkiego podniebienia widzimy miękkie, jakby obrzmiałe, galaretowate guzy bez owrzodzeń o kolorze szarawym lub szarawo-różowym, rzadziej czerwonym, nie krwawiące przy dotykaniu zgłębnikiem.

Drogą palpacji przekonać się można, iż guzy te są podatne, ruchome, mniej lub więcej przesuwalne i nie zrośnięte ze ścianami jamy no-gardzielowej. Guzy te dochodzą często do znacznych rozmiarów i nie tylko wypełniają retronasum, ale opuszczają się znacznie niżej aż do nagłośni. Podobne przypadki opisali Störk i Zaufal. Polip noso-gardzielowy rzadko spotyka się pojedyńczo, zazwyczaj jedna lub obiedwie jamy nosowe są mniej lub więcej wypełnione mniejszemi polipami, bądź zrośniętemi z guzem, bądź też oddzielnie wyrastającemi obok guza z bocznych ścianek jamy nosowej.

Przy polipach noso-gardzielowych spotykamy dość często charakterystyczny szum przy oczyszczaniu nosa „bruit de drapeau“ (według Dupuyten'a). Wogóle polipy noso-gardzielowe odznaczają się swoją kliniczną i anatomiczną łagodnością i mimo znacznych rozmiarów nigdy nie niszczą kości i tkanek sąsiednich i nie zdradzają skłonności do krwawień, czem odróżniają się one od włókniaków i złośliwych guzów. Błędy rozpoznawcze nie zawsze dają się jednak uniknąć. Tak Stredt 28) w pracy swej wydanej w roku 1902 pod tytułem: „Bericht über Klinik und Poliklinik des Prof. Dr. Gerberg in Röndgsberg“ podaje cały szereg kazuistycznych przypadków guzów noso-gardzielowych, przy rozpoznaniu których błądził, jak się wyraża, po wszystkich zaułkach ogrodu złudzeń. Nie tylko polipy noso-gardzielowe były rozpoznawane klinicznie jako włókniaki i odwrotnie, ale rozpoznawano niewinny polip tam, gdzie

po usunięciu guz okazał się rakiem. Tak autor ten opisuje przypadek, dotyczący 60 letniego urzędnika, który od pół roku skarżył się na zatkanie nosa, osłabienie powonienia i smaku i obfitę śluzowo-ropną wydzielinę. Stan ogólny zupełnie dobry. Badanie wykazało obecność typowego polipa w lewej jamie nosowej, prawa zaś jama była wypełniona guzem idącym od regio respiratoria do dolnej ścianki nosa; guz ten miał wygląd śluzowy galaretowaty w górnej swej części, w dolnej zaś był twardy o nierównej, grzybiastej, nieco owrzodzonej powierzchni (!). Przy rhinosc. post. tylne nozdrza zupełnie zakryte typowym retronasalnym (noso-gardzielowym) polipem. Rozpoznano więc klinicznie „polip noso-gardzielowy i polip śluzowy nosa".

Polip usunięty z nosa przedstawiał się w postaci guza o 4 ctm. długości, na swej powierzchni wewnętrznej (zwróconej do przegrody) miał wygląd śluzowy, zewnętrzna zaś strona przylegająca do muszli swą nierówną, wybujałą, grzybkowatą powierzchnią przypominała nieco nowotwór złośliwy. Badanie histologiczne tej części guza wykazało charakterystyczną budowę płaskokomórkowego raka, wewnętrzna zaś część miała budowę zwykłego obrzękowego włókniaka. Wobec wyniku drobnowidzowego badania zaniechano zamiaru usunięcia guza noso-gardzielowego per vias naturales i przeniesiono chorego do kliniki chirurgicznej.

Przy radykalnej operacji przekonano się, iż guz zapuścił odnogi do jamy szczękowej, sitowej, do oczodołów i przez lamina cribrosa do jamy czaszkowej. Wykonano enukluację prawego oka. Meningitis. Exitus. Autopsja wykazała ropne zapalenie opon mózgowych, powstałe drogą defektu w lamina cribrosa. W danym więc przypadku ani ogólny wygląd chorego, ani kliniczne objawy nie nasuwały podejrzenia złośliwości guza, tylko badanie mikroskopowe wyjaśniło djagnozę. Nadmienić jednak należy, że autor przy rozpoznaniu nie zwrócił należytej uwagi na podejrzaną zewnętrzną powierzchnię polipa nosowego.

Autor ten przytacza dalej drugi przypadek, obserwowany u 23 letniego mężczyzny, gdzie na zasadzie znacznego owrzodzenia powierzchni guza noso-gardzielowego rozpoznano „tumor malignus", gdy histologiczne badanie usuniętego guza wykazało zwykły „polip noso-gardzielowy w stanie zapalnym".

Nieco podobny oo pierwszego przypadek opisany został przez Iwanickiego 29) w „Kronice lekarskiej" w r. 1895. Dotyczył on 56 letniego księdza, który prócz niedrożności prawej strony nosa żadnych innych dolegliwości nie doznawał. Badanie mikroskopowe usuniętego per vias naturales guza noso-gardzielowego, ktory wyrastał z tylnego odcinka górnej muszli wykazało „sarcoma alveolare". Nie mam tu zamiaru mnożyć przypadków, dowodzących możliwości błędów rozpoznawczych, dodać jednak muszę, że przy należytem uwzględnieniu wszystkich objawów klinicznych, a zwłaszcza formy, koloru, konsystencji guza można uniknąć błędów djagnostycznych, a co za tem idzie i leczniczych. Włókniaki odróżnić można od polipów noso-gardzielowych na zasadzie twardej

konsystencji pierwszych, różowego lub czerwonego koloru, małej podatności i skłonności do krwawień; raki zaś i mięsaki odróżniają się swą nierówną grzybkowatą powierzchnią, często owrzodzoną, brakiem szypuł, skłonnością do przerastania sąsiednich tkanek, jednostronnością porażenia, wreszcie wywiady mogą ułatwić rozpoznanie.

Według Bauer'a i Schech'a 30) śluzowe polipy wogóle mogą podlegać metaplazji i dać początek nowotworom złośliwym. Chiari kategorycznie zaprzecza temu i twierdzi, że podobna przemiana nigdy nie ma miejsca, a w przypadkach gdzie jakoby ją spostrzegano, popełniono błąd rozpoznawczy, polegający na tem, że w chwili usunięcia polipów nie zauważono raka lub mięsaka, ukrytego za polipami, który następnie dzieki wolnej przestrzeni rozrósł się i wystąpił na pierwszy plan.

Zanim przejdę do *leczenia* powiem jeszcze kilka słów o *aseptyce i antyseptyce* pola operacyjnego i *miejscowem znieczuleniu*. Dawniej przy operacjach w jamie nosowej i noso-gardzielowej starano się o możliwą dezynfekcję jam drogą przemywań najrozmaitszemi płynami antyseptycznemi. Obecnie zabiegi te zostały zupełnie zarzucone dla łatwo zrozumiałych powodów. Pomijając niebezpieczeństwo, zagrażające uszom przez forsowne przemywania jamy nosowej, warunki anatomiczne tych jam z ich licznemi zagłębieniami uniemożliwiają dokładną dezynfekcję. Z drugiej strony z obserwacji wiemy, że wewnątrznosowym operacjom, wykonanym bez uprzedniej dezynfekcji rzadko towarzyszy infekcja. Już genjalny Pirogow [31]) pierwszy skonstatował fakt, „że ze wszystkich jam najlepiej znosi uszkodzenia traumatyczne jama nosowa". To zadziwiające zjawisko jest już obecnie znane wszystkim rhinologom i znajduje objaśnienie w doświadczeniach, wykonanych przez wielu francuzkich, angielskich i włoskich badaczy Lermoyez [32]), Wurtz, Hewlett, i St. Clair Thomson [33]), Fermi Bretschneider [24]) i in., którzy dowiedli, że żywotność drobnoustrojów, znajdujących się w jamie nosowej jest bardzo osłabiona, że w vestibulum nosa znajdują się vibrissae, które zatrzymują większą część bakterji, że nabłonek migawkowy mechanicznie usuwa bakterje, które dostały się głębiej i że wreszcie wydzielina śluzowa nosa posiada jeśli nie absolutne, to w każdym razie dość znaczne bakterjobójcze ne własności już to dzięki zawartym w niej fagocytom (Violet) już to dzięki specjalnej konsystencji śluzu, który pokrywa bakterje i przeszkadza ich przenikaniu wgłąb błony śluzowej.

Wspomniane własności ochronne znacznie zmniejszają się lub nawet znikają przy uszkodzeniu śluzówki nosa, przynajmniej na miejscu uszkodzenia, — wtedy właśnie odporność operowanego względem chorób infekcyjnych jest znacznie osłabioną. Ta okoliczność objaśnia nam dość często spostrzegane przypadki, w których po operacjach w nosie, zwłaszcza po galwanokaustyce następowała angina, róża, płonica i t. d. Dlatego też Onodi [35]) radzi nie wykonywać operacji nosowych podczas epidemji, gdy istnieją warunki sprzyjające infekcji jak również nie poddawać operacjom studentów medyków i posługaczy, pracujących w prospektorjach. Należy też

unikąć wszelkich przemywań jamy nosowej przed operacją, — choć i dziś jeszcze jeszcze niektórzy rhinologowie zwłaszcza amerykańscy bardzo je polecają, — gdyż w ten sposób możemy naruszyć te normalne biologiczne własności śluzówki nosa, które zabezpieczają ją od zarażenia. Na zasadzie wyżej przytoczonych własności unikałem zawsze dezynfekcji nosa przed operacją, a najwięcej wycierałem wejście do nosa wacikiem zmoczonym w roztworze sublimatu (1:10000) i mechanicznie czystą watą lub zmoczoną w wodzie utlewionej usuwałem wydzielinę ropną i gęsty śluz, wypełniający jamę nosową i temu przypisuję, iż na kilkaset operacji w jamie nosowej wogóle nie miałem dotychczas żadnej komplikacji. Zbytecznem chyba dodawać, że dezynfekcja rąk operujacego i sterylizacja instrumentów stanowią conditio sine qua non.

Co się tyczy znieczulania, to dawniej zazwyczaj stosowałem 10% wodny rozczyn kokainy, zanotowałem jednak kilka przypadków lekkiej intoksykacji. Obecnie stosuję zalecony przez Wróblewskiego i prof. Pieniążka 25% spirytusowy rozczyn kokainy po uprzedniem wypendzlowaniu adrenaliną (1:1000). Adrenalina, zwężając naczynia krwionośne znacznie osłabia toksyczne własności kokainy. W ostatnich czasach zacząłem też stosować 15% rozczyn alypiny, która posiada własności znieczulające (w słabszym stopniu niż kokaina) nie zwęża naczyń i nie wywołuje intoksykacji. Preparat ten oddaje dobre usługi przy usuwaniu przerostów muszel nosowych, zmniejszających się znacznie pod wpływem adrenalin — cocainy.

Leczenie polipów noso-gardzielowych polega na możliwie doszczętnem usunięciu ich wraz z polipami nosowemi. W tym celu posługujemy się pętlicą metalową zimną lub galwanokaustyczną, haczykiem Lange'go nakładanemi ze strony nosa lub też kleszczami i pętlicą wprowadzonemi ze strony ust. Wybór tej lub innej metody operacyjnej zależy od rozmiarów guza i jego umiejscowienia (Jauquet [36]). O ile polip nie jest szczelnie wtłoczony do choany i nie zwiesza się głęboko do jamy noso-gardzielowej należy zawsze próbować usunąć go pętlicą wprowadzoną ze strony nosa, którą opuszczamy głęboko do noso-gardzieli, starając się uchwycić koniec polipa, bardzo często musimy w tym celu posługiwać się palcem drugiej ręki wprowadzonym do noso-gardzieli, którym kontrolujemy ruchy pętlicy i staramy się posunąć ją możliwie wyżej do miejsca przyczepu. Gdy się upewnimy, że pętlica w samej rzeczy obejmuję nóżkę, nachylamy rączkę, w której znajduje się pętlica, aby uchwycić polip jeszcze wyżej, wreszcie ściągany pętlą i wysuwamy ją na zewnątrz. Oderwany polip spada do lewej ręki operującego lub też, co bywa częściej idzie za pętlą przez nos nawet przy dość znacznych rozmiarach dzięki swej miękkiej galaretowatej konsystencji, jak również dzięki temu, że przy zaciąganiu pętlicy pękają ścianki torbieli, znajdujących się często w polipach noso-gardzielowych, zawartość ich spływa do ust lub przez nos i zmniejszony w swych rozmiarach guz wydostaje się na zewnątrz wraz z pętlicą.

Tak samo postępujemy przy stosowaniu pętlicy galwanokaustycznej z tą tylko różnicą, że po nałożeniu jej na nóżkę guza, przepuszczamy prąd i powoli przepalamy nóżkę. U nas Wróblewski, Kijewski[5]), Sędziak[37]) i [38]) i in. posługiwali się przeważnie pętlicą galwanokaustyczną dla usunięcia guzów noso-gardzielowych. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jest to jeden z najbardziej estetycznych, jeśli można się tak wyrazić, zabiegów. Opisane są jednak przypadki ropni przegrody nosowej i ropni około-migdałkowych i pozagardzielowych po zastosowaniu pętlicy galwanokaustycznej (Streit[28]). Prócz tego dodać należy, że manewrowanie palcem w jamie noso-gardzielowej w celu nałożenia pętlicy zimnej czy galwanokaustycznej należy niewątpliwie do bardzo przykrych dla pacjenta manipulacji, w tych zaś przypadkach, gdzie guz szczelnie przylega do brzegów choan i ścianek jamy nosowej wprowadzenie pętlicy napotyka niezmierne trudności i jest często zgoła niemożliwem. Schmidt[7]) radzi usuwać polipy noso-gardzielowe za pomocą wykrzywionego haczyka Lange'go, który wprowadza przez nos głęboko za szypułę i powoli odrywa polipy od miejsca przyczepu. Fraenkel, Schötz i Zarniko udoskonalili tą metodę przez modyfikację haczyka Lange'go.

Nie daję się zaprzeczyć, że jest to sposób racjonalniejszy i znacznie mniej uciążliwy dla chorego, może on jednak tylko wte oddać dobre usługi, jeśli nóżka (szypuła) polipa jest widoczna. Metodę tą zastosowałem w ostatnim swoim przypadku z tą tylko modyfikacją, że haczykiem Lange'go posługiwałem się tylko w celu wciągnięcia do jamy nosowej polipa, który na długiej i cienkiej szypule wychodzącej z tylno-bocznej ścianki nosa zwieszał się głęboko do jamy noso-gardzielowej. Haczyk Lange'go założyłem za szypułę; wyciągnąłem polip do jamy nosowej i tutaj dopiero nałożyłem pętlicę.

Mackenzie[1]) posługiwał się wyłącznie kleszczami, które wprowadzał ze strony nosa i uznaje tę metodę za najracjonalniejszą i najprędzej prowadzącą do celu.

Najmniej stosunkowo zachodu wymaga operowanie guzów noso-gardzielowych za pomocą kleszczy Jurasza, Schech'a lub Kuhn'a, wprowadzanych ze strony ust. O ile polip wypełnia szczelnie choany i zwiesza się głęboko do lub poniżej miękkiego podniebienia metoda ta daje nieocenione usługi, zdaniem moim, daleko lepsze, niż pętlica zakładana ze strony jamy noso-gardzielowej. Należy jednak przed tem dokładnie zbadać jamę noso-gardzielową za pomocą palca dla przekonania się o nieobecności zrostów z sąsiedniemi ścianami. Upewniwszy się, że guz bierze początek od brzegów choan lub tylnej części jamy nosowej, odsunąwszy haczykiem miękkie podniebienie lub też bez tego zakładamy kleszcze na wystającą i widoczną część guza i trzymając się brzegów jego, przesuwamy kleszcze możliwie wyżej, zaciskamy je przez kilka chwil, aby uniknąć krwawienia, wreszcie kilkoma ruchami wirowemi i trakcjami wyciągamy guz na zewnątrz. O ile polip wyrastał na szerokiej podstawie, przecinałem poprzednio jego odnogę nosową za pomocą

długich cienkich nożyczek, w przeciwnym bowiem razie musiałbym użyć znacznej siły dla wyrwania polipa.

Należy zaznaczyć, że w przypadkach, gdzie posługiwałem się kleszczami, udawało się tak doszczętnie usunąć guz, że przy następczem badaniu nie mogłem odnaleźć miejsca przyczepu guza. Drugą dodatnią stronę tej operacji jest ta okoliczność, iż jest ona niemal bezkrwawą i bardzo mało bolesną, co zaznaczają też i inni autorowie.

Przytoczone wyżej i wypowiedziane przez Killiana[8]) i Segurę[12]) poglądy, według których źródłem polipów noso-gardzielowych jest zatoka szczękowa, wpłyną może na radykalną zmianę techniki operacyjnej. Mimo to radzi Segura ograniczyć się usuwaniem guzów i polipów widocznych przy rhinoscopji ant. i post., nawet jeśli przekonani jesteśmy o obecności dużej ilości polipów w zatoce szczękowej i tylko w razie częstych nawrotów i bólów neuralgicznych można, zdaniem Segury, pozwolić sobie na poważniejszą interwencję, mianowicie na doszczętne usunięcie per fossam caninam. W końcu dodam jeszcze, że Rosenberg[55]) (patrz Onodi i Rosenberg) w kilku przypadkach polipów noso-gardzielowych zastosował adenotom Gottstein'a lub Beckman'a, Zaufal i Onodi wyrywali polipy za pomocą palców.

Jeszcze kilka słów w sprawie krwotoków pooperacyjnych. Wszystkim operacjom w jamie nosowej towarzyszy mniejsze lub większe krwawienie, które podczas samej operacji może być nieznaczne dzięki zastosowaniu adrenaliny i kokainy, może jednak znacznie się zwiększyć, gdy wspomniane środki przestają działać, zwłaszcza jeśli chory nie zastosuje się ściśle do naszych przepisów. Stosując się do zwyczaju, przyjętego w klinikach wiedeńskich, unikam możliwie tamponowania nosa jest to bowiem manipulacja przykra i męcząca dla pacjenta i nie zawsze bezpieczna. Tampon, jako ciało obce, drażni śluzówkę nosa, utrudnia oddychanie przez nos lub zupełnie je uniemożliwia, sprzyja obfitemu wydzielaniu się śluzu, wywołuje niekiedy bóle w nosie, czole i zębach, pobudza do kichania, dzięki czemu nastąpić mogą krwawienia. Jeżeli wydzielina za tamponem zatrzymuje się, to może podledz rozkładowi i stworzyć warunki sprzyjające infekcji. Zanotowane są liczne przypadki, gdzie podniesienie ciepłoty ciała, bóle głowy, ogólne osłabienie, brak apetytu, angina, otit. med. ac. były uwarunkowane tamponadą. Niekiedy tampon, przepojony krwią i śluzem zsuwa się ku tyłowi zwłaszcza w nocy przy poziomem położeniu chorego drażni tylną powierzchnię miękkiego podniebienia i gardziel i w ten sposób wywołuje kaszel lub ruchy wymiotne. Zazwyczaj więc po operacji zatrzymuję u siebie chorego przez 1—2 godziny pod ścisłą kontrolą, polecając mu zachowywać absolutny spokój, trzymać równo głowę, nie oczyszczać nosa i wogóle unikać wszystkiego, co może powiekszyć ciśnienie krwi lub zastój żylny (wązkie kołnierze). Przy zachowaniu tych przepisów tworzy się zwykle na miejscu odcięcia guza skrzep, który jest najlepszem haemostaticum i desinficiens, i przewyższa takie środki, jak

ferrum sesquichloratum, ferropyrina lub nawet Hydrogenium hyperoxydatum, tak bardzo zachwalane przy krwawieniach. Niekiedy pozwalałem choremu wrócić do domu nawet przy nieznacznem przesączaniu się krwi, udzieliwszy mu poprzednio szczegółowych przepisów co do zachowania się w domu. Tylko w wyjątkowych wypadkach, przy obfitych krwawieniach, które nie ustawały pomimo zachowania spokoju, lub jeśli chory był zmuszony wyjechać tegoż dnia albo powrócić do pracy (co w naszych stosunkach nie jest rzadkością) musiałem nolens volens zastosować tamponadę, wprowadzając długi tampon gazy jodoformowej lub też wyjałowiony tampon gazy zamoczonej w wodzie utlenionej. Tampon taki polecałem usuwać po 2 dniach, t. j. wtedy gdy już utworzyły się twarde skrzepy, po uprzedniem zwilżeniu przez wkraplanie gliceryny lub wody utlenionej. Rindfleisch radzi, dawać choremu po operacji w celach profylaktycznych aspirynę, która powiększa funkcję wydzielniczą skóry, ułatwia i wzmaga krwiobieg w kończynach, dzięki czemu odciąga krew od błon śluzowych i zmniejsza niebezpieczeństwo następczego krwotoku. W jednym z ostatnich numerów „Deutsch. med. Woch“ Heydenreich[39]) bardzo zaleca zasypywanie pola operacyjnego proszkiem Natrium perboricum (Perhydrol, ac. boricum). Na miejscu zasypywania tworzy się brunatna gruba piana, która pokrywa całą ranę, zapobiega następczym krwawieniom i czyni tamponadę zbyteczną. Wszystko wyżej powiedziane o krwiotokach pooperacyjnych i zapobieganiu im pamiętać należy zwłaszcza przy usuwaniu włókniaków, o których mowa niżej, gdyż operacjom polipów noso-gardzielowych rzadko towarzyszy obfite krwawienie.

Pooperacyjne leczenie rany antyseptycznemi środkami jest zupełnie zbyteczne. Rany w jamie nosowej, jak już wyżej powiedziano, nawet przy uszkodzeniu tkanki kostnej goją się na ogół łatwo i szybko. W razie skonstatowania końca szypuły lub wybujałości na miejscu przyczepu usuniętego polipa należy je przypalić galwanokauterem, lub też środkami żrącemi, jak lapis lub kwas chromny. Po przypaleniu można zasypać rankę dermatol'em, nosophen'em lub europhen'em, dzięki czemu tworzy się twardy, nie drażniący i dobrze ochraniający strup. Po zupełnem zagojeniu ranki należy naturalnie zwrócić uwagę na leczenie istniejącego zazwyczaj chronicznego kataru nosa i ewentualnie spraw chorobowych jam dodatkowych nosa, aby uniknąć możliwości nawrotów. Ponieważ w bardzo wielu przypadkach polipów nosowych i noso-gardzielowych można skonstatować jednocześnie ropne zajęcie bocznych zatok nosa, starano się tą okolicznością objaśnić powstawanie polipów (Grünwald[40]).

Teorja ta znalazla bardzo wielu zwolenników. Atoli Alexander w swej gruntownej wyczerpującej pracy dowiódł, że nie więcej niż w połowie obserwowanych przypadków spotykaną bywała kombinacja tych dwóch spraw chorobowych i zależność ich wzajemna nie została wyjaśnioną; stosunek może być również odwrotny: obecność polipa zatykającego ujście prowadzące do zatoki nosowej, mo-

że wywołać retencję śluzu i stan kataralny zatoki. W każdym razie odnośne obserwacje uczą nas, że po usunięciu polipów zawsze należy zwracać uwagę na stan jam dodatkowych nosa i ewentualnie zastosować odpowiednie leczenie.

II. *Drugą kategorję* guzów spotykanych w jamie noso-gardzielowych stanowią t. zw. *„włókniaki nosogardzielowe"*. Jak już wspomniałem nomenklatura tych guzów dotychczas jeszcze nie jest ustaloną; w najnowszych podręcznikach i specjalnych pracach spotykamy błędną nazwę „polipów noso-gardzielowych" (König[41]), Thurm[14]) i in.) Kümmel[42]), Schmithuisen[43]), Wróblewski i Kijewski[5]) i inni nazywają je „typowymi" lub „włóknikowemi polipami noso-gardzielowymi". Ponieważ jednak omawiane guzy prócz formy zewnętrznej nie mają nic wspólnego ze zwykłymi polipami, a natomiast, jak niżej zobaczymy, posiadają cały szereg odrębnych, charakterystycznych własności, należy tu zupełnie wykluczyć termin „polip" i raz na zawsze nazywać je „włókniakami noso-gardzielowemi", tembardziej, że terminologję tę spotykamy u takich powag, jak Billroth, Langenbeck i in. W ten sposób wykluczamy z jednej strony złośliwe guzy noso-gardzielowe, a z drugiej łagodne polipy nosowe, które w miarę rozwoju wrastają do noso-gardzieli. Pod nazwą więc „włókniaków noso-gardzielowych" rozumieć będziemy te wyłącznie guzy włókniakowe, które biorą swój początek ze stropu gardzieli, z przedniej powierzchni ciał kręgów czaszkowych lub ze ścian jamy noso-gardzielowej i jaknajbliższego sąsiedztwa i w miarę dalszego rozwoju wypełniają ją, przenikają przez istniejące otwory, szpary, zagłębienia w postaci grubszych lub cieńszych odnóg do nosa i jego jam dodatkowych, do oczodołów, do wklęsłości skroniowej, a nawet do jamy czaszkowej. Zanim przejdę do szczegółowej charakterystyki „włókniaków noso-gardzielowych" pozwolę sobie przytoczyć niezmiernie ciekawy odnośny przypadek obserwowany przez Roser'a i szczegółowo opisany przez Naaba[44]). Zniewala mnie do tego zbyt szczupły własny materjał kazuistyczny, a zwłaszcza bardzo pouczający i ze wszech miar godny uwzględnienia przypadek Roser'a.

Dotyczy on 15-letniego chłopca, który od 5 lat miewał częste krwotoki z nosa. Powoli i stopniowo zaczęła występować niedrożność lewej połowy nosa i obrzmienie zewnętrznej strony jego. Skonstatowano wówczas guz wypełniający lewą jamę nosową i rosnący od tyłu ku przodowi, który próbowano usunąć częściowo za pomocą kleszczy nosowych, lecz rękoczyn ten dał tylko impuls do szybszego rozwoju guza, krwawienia zaczęły występować coraz częściej i obficiej, po kilka razy dziennie, powodując osłabienie i znaczną utratę sił. Chory zwrócił się następnie do laryngologa, który trzykrotnie w przeciągu miesiąca usuwał guz metodą galwanokaustyczną, lecz i ten zabieg nie powstrzymał dalszego rozwoju guza i wobec nawrotów chory został skierowany do chirurga, który usunął guz doszczętnie przez drogi zewnętrzne za pomocą cięcia wzdłuż brzegu oczodołu i ku dołowi. Mimo tej radykalnej operacji już po niespełna roku objawy niedrożności nosa wznowiły się, nawroty sta-

wały się coraz widoczniejsze, wystąpiło silne wypięcie lewej połowy twarzy i gałka oczna wysunęła się ku przodowi. Do tego przyłączyły się bóle przy połykaniu, uwarunkowane rozrostem guza w noso-gardzieli i za miękkiem podniebieniem. Chory uskarżał się na uczucie tępego bólu w głowie i bóle neuralgiczne w okolicy 2-giej gałązki nerwu trójdzielnego. Jakkolwiek rozmiary guza ciągle się zwiększały i krwawienia stawały się co raz obfitsze zwłaszcza z tej części guza, która występowała z przedniego otworu nosa chory, zniechęcony wynikiem poprzednich operacji, nie chciał poddać się nowej operacji. Dopiero wzmagajace się z dnia na dzień niebezpieczeństwo śmierci głodowej lub zaduszenia się zniewoliło wycieńczonego pacjenta szukania pomocy chirurgicznej.

Badanie wykazało co następuje: chory przedstawia istny szkielet, wycieńczony, anemiczny, mimo swych lat 15-tu waży zaledwie 52 funty. Bez pomocy chodzić nie może. Oddechanie bardzo utrudnione, chrapliwe, nieregularne, często przerywane. Prawa połowa twarzy przedstawia się normalnie, lewa potwornie zniekształcona, co widać na załączonym rysunku. Przedewszystkiem rzuca się w oczy silnie występująca naprzód i skierowana na zewnątrz lewa gałka oczna, co nadaje twarzy chorego wygląd żaby (Froschgesicht). Lewa połowa nosa kolosalnie wzdęta i bez widocznych granic przechodzi w obrzmiały policzek. Z lewego przedniego nozdrza zwiesza się guz wielkości orzecha o powierzchni owrzodzonej, pokrytej strupami, krwawiący przy najsłabszym dotykaniu zgłębnikiem (patrz rys. 4). Pod kością licową wyczuwa się wyraźnie wielki guz o gładkiej powierzchni ukryty pod policzkiem. Poniżej lewego kąta ocznego w okolicy kanału łzowego obrzmienie o wyraźnem chełbotaniu, pokryte ścieńczoną i zaczerwienioną skórą. Przegroda nosowa tak znacznie wykrzywiona wprawo, że zupełnie niemal zatyka prawą jamę nosową. Ektropion dolnej powieki lewej, epiphora i lekki conjunctivitis. Przy otwartych szeroko ustach, którą to manipulację chory z trudnością wykonać może, widać znaczne wypięcie ku przodowi lewej połowy miękkiego podniebienia, z za brzegu którego zwiesza się różowo-niebieskawy guz dochodzący do nagłośni. Biała gładka blizna idąca od wewnętrznego brzegu lewego oka wzdłuż fałdy naso-labialis, obok lewego skrzydła nosa i wzdłuż linji środkowej górnej wargi wskazuje na miejsce cięcia przy pierwszej operacji. Widoczną też jest blizna na szyi po tracheotomii. Powonienie zupełnie zniesione. Gruczoły nie powiększone. W innych organach zmian nie skonstatowano. Sen niespokojny, bezustannie przerywany napadami duszności.

Ze względu na osłabienie i wyczerpanie sił chorego i wobec niezmiernie utrudnionego oddechu postanowiono nie wykonywać na razie radykalnej operacji i ograniczyć się tracheotomią, a dopiero po kilku tygodniach, gdy ogólny stan chorego poprawił się, przystąpił dr. Roser do radykalnego usunięcia guza. Roser wykonał cięcie skórne od skrzydła nosa po stronie lewej pod i równolegle z dolnym brzegiem oczodołu i łuku licowego na zewnątrz do poziomu wstępującego skrzydła dolnej szczęki. Cięcie to przeszło

przez wspomniane wyżej obrzmienia chełboczące w okolicy kanału łzowego, przyczem wydzieliła się ropa (było to więc ropne zajęcie woreczka łzowego). Drugie cięcie wzdłuż nosa po linji środkowej. Powstały w ten sposób trójkątny płat skórny wraz z odciętą lewą kosteczką nosową odchylono ku dołowi i odseparowana, przyczem skonstatowano, że dolna część kości licowej i cała przednia ścianka górnej szczęki (superficies facialis) nie istnieją, gdyż zostały zupełnie zniszczone przez uciskający guz lub też być może usunięte podczas poprzedniej operacji. W głębi pola operacyjnego widać guz o powierzchni gładkiej, konsystencji twardej o zabarwieniu różowo-niebieskawym. Guz ten składa się z kilku oddzielnych odcinków i w wielu miejscach jest zrośnięty z sąsiedniemi ściankami kostnemi. Próby usunięcia guza za pomocą tępych narzędzi pozostały bezskuteczne, wobec czego ostrym szpatlem przy bardzo obfitem krwawieniu przecięto zrosty łączące guz z przegrodą nosową i z sąsiedniemi częściami, leżącemi na zewnątrz, wreszcie po odciągnięciu całej masy guza ku przodowi przecięto wykrzywionemi nożyczkami miejsce przyczepu guza na stropie gardzieli. Nastąpiła niezmiernie obfite krwawienie z podstawy czaszki, które ustało po założeniu dużego tamponu jodoformowego. Pacjent i bez tego anemiczny stracił tak dużą ilość krwi, że o dokończeniu operacji nie mogło być mowy. Wobec znacznie upośledzonej działalności serca (puls zaledwie wyczuwalny) wstrzyknięto pod skórę 200 cm. fizjologicznego roztworu soli, owinięto kończyny i umieszczono je wysoko.

Usunięty guz był wielkości jaja kurzego o histologicznej budowie unaczynionego włókniaka z dużemi przestrzeniami żylnemi. Gdy stan chorego poprawił się przystąpiono do powtórnej operacji (mniej więcej w 2 miesiące po pierwszej). Zdążono zaledwie usunąć kilka kawałków guza, gdy znowu obfite krwawienie zniewoliło do przerwania operacji. Tamponada. Następnie jeszcze kilkakrotnie wypalano w uśpieniu chloroformowem lub też po znieczuleniu cocainą pozostałe części guza, wreszcie usunięto resztki nowotworu znajdujące się w okolicy jamy skrzydło-podniebiennej (fossa spheno-palatina) (Pacjent przedstawiał widok, przedstawiony na dołączonym rysunku № 5).

Widać tu dużą, głęboko idącą lukę dochodzącą do gardzieli; brak lewej kosteczki nosowej, muszel jamy sitowej, górnej szczęki za wyjątkiem proc. alveolaris i części kości licowej; pokrywające miękkie części opuszczone ku dołowi, przegroda nosowa odchylona na prawo. Podczas mowy i przy połykaniu widać przez jamę ruchy miękkiego podniebienia. W następnych latach niszczono jeszcze kilkakrotnie za pomocą Pauqelin'a i skoncentrowanego roztworu chlorku cynku drobne wybujałości, powstałe na podstawie czaszki, w okolicy trzonu kości klinowej. Przez cały ten czas jama ta była wypełniana gazą i pokryta lepkim plastrem, który podtrzymywał zwieszający się ku dołowi policzek. Gdy zniszczono pozostałe jeszcze resztki guza i kilkakrotne badanie nie wykazało nawrotu, R o s e r przystąpił do plastycznego zakrycia zewnętrzne-

go defektu (w 4 lata po pierwszej operacji) co mu w zupełności się udało i dało wynik pod względem kosmetycznym zupełnie zadawalniający. Po kilku miesiącach zagoiła się też fistuła w kącie oka i fistuła po ranie tracheotomijnej. Recydywy przez dłuższy czas nie skonstatowano.

Powyższy przypadek dostatecznie ilustruje, do jakich rozmiarów mogą dochodzić guzy noso-gardzielowe, jak groźne objawy mogą one wywołać i jak skomplikowanych zabiegów wymaga doszczętne usunięcie tych guzów.

Włókniaki noso-gardzielowe nie należą do rzędu guzów często spotykanych. Schmidt[7]) śród 42635 chorych obserwowanych w przeciągu 30 lat znalazł zaledwie 30 włókniaków. Bensch[2]), któremu zawdzięczamy obszerną monografję o guzach jamy noso-gardzielowej, wydaną w r. 1876 zebrał w literaturze 118 przypadków włókniaków, z których tyllko 66 zostały szczegółowo opisane. Naab[44]) w klinice chirurgicznej Czerny'ego w Heidelbergu zebrał i opisał 10 przypadków obserwowanych w przeciągu 1 lat. W naszej literaturze prócz oddzielnych kazuistycznych przypadków znajdujemy piękną pracę Wróblewskiego i Kijewskiego[5]), noszącą skromny tytuł „Kilka uwag w kwestji operowania guzów jamy noso-gardzielowej", w której autorzy uwzględniając odnośną literaturę, podają na podstawie 15 obserwowanych przypadków wskazówki, jakiemi kierować się należy przy wyborze metody operacyjnej.

Włókniaki noso-gardzielowe biorą zazwyczaj początek ze stropu gardzieli, a właściwie z tkanki włóknistej (fibrocartilago basilaris) pokrywającej szeroką warstwą kości, tworzące podstawę czaszki. Tkanka ta w formie trójkąta, którego wierzchołek znajduje się pomiędzy częścią podstawową kości potylicowej (pars basilaris ossis occipit.) i wyrostkiem zębatym kręgu obrotowego (precessus odontoideus spistrophei) a podstawa zwrócona do jamy gardzieli pokrywa dolną powierzchnię ossis basilaris, tylne brzegi choan i wzdłuż obydwu wyrostków skrzydlastych (processus pterygoideus) wstępuje do fossa pterygo-palatina. Ta właśnie tkanka jest źródłem i miejscem wyjścia omawianych włókniaków, powierzchowną warstwę których stanowi błona śluzowa jamy noso-gardzielowej. Ponieważ miejsce przyczepu włókniaków i ich punkt wyjścia były przedmiotem licznych sporów i stworzyły obszerną literaturę omówię tu nieco szczegółowiej tę sprawę, przed tem jednak w krótkości przypomnę anatomiczną budowę tylnej i górnej ścianki jamy noso-gardzielowej. Jak wiadomo górną ściankę jamy stanowi trzon kości klinowej (corpus ossis sphenoidei), część podstawowa kości potylicowej (pars basilaris ossis occipitalis) i część pyramid kości skalistej. Ściana ta przechodzi bez widocznej granicy w tylną ściankę jamy noso-gardzielowej, w utworzeniu której przyjmują udział— łuk przedni kręgu szczytowego (arcus atlantis) i trzon kręgu obrotowego (corpus epistrophei). Dla nas najważniejszem miejscem jest właśnie tylno-górna ścianka, a zwłaszcza miejsce połączenia kości klinowej z częścią podstawową kości potylicowej (synchon-

drosis spheno occipitalis), gdyż ztąd najczęściej biorą początek włókniaki. Nie jest to atoli jedyne miejsce przyczepu włókniaków, gdyż mogą one wyrastać, choć rzadziej, z innych części kostnego szkieletu tej okolicy, przedewszystkiem z zewnętrznej blaszki wyrostka skrzydlastego (procesus pterygoideus), z brzegu przedniej dziury poszarpanej (foraminis laceri antici), z przedniej powierzchni kręgów szyjowych (Demarquay), dalej z wyrostka podniebiennego górnej szczęki (proc. palatin ossis maxillar. sup.) z kosteczek podniebiennych, rzadziej miejscem przyczepu bywa tylna część przegrody nosowej i twarde podniebiemie. Niezmiernie ważnem, choć również rzadkiem miejscem wyjścia włókniaków jest jama klino-szczękowa (fossa spheno-palatina). Guzy włókniakowe biorące ztąd początek zjawiają się dopiero wtórnie w jamie noso-gardzielowej, zwykłem zaś miejscem ich przyczepu jest szczelina lub jama skrzydłopodniebienna (fissura vel fossa pterygo-palatina), która stanowi część jamy klinoszczękowej, dosięgającej podstawy czaszki. Guzy wyrastające z tej okolicy, jakkolwiek posiadają wiele wspólnych klinicznych cech ze zwykłemi włókniakami noso-gardzielowemi, zdradzają jednak niektóre specjalne właściwości, wobec czego Langenbeck, który je pierwszy opisał w r. 1860, nadał im nazwę „retromaxillarnych“ czyli „pozaszczękowych“.

W zależności więc od miejsca przyczepu włókniaków odróżniamy: a) *wewnątrzgardzielowe włókniaki*, które biorą początek z warstwy włóknistej (fibrocortilago basilaris) pokrywającej górno-tylną ściankę jamy noso-gardzielowej, z górnych kręgów szyjowych lub z wewnętrznej blaszki wyrostka skrzydlastego i b) *zewnątrzgardzielowe*, które wyrastają z chrząstki włóknistej podstawowej, pokrywającej przednią dziurę poszarpaną (fibrocartilago basilaris foraminis laceri ant), ze ze szwu skalisto-potylicowego (sutura petroso-occipitalis) i wreszcie ze szczeliny skrzydło-podniebnej (fissura pterygo-palatina). Do tej więc drugiej gruppy należą wyżej wspomniane guzy „pozaszczękowe“. Co się tyczy *etjologji* „włókniaków nosogardzielowych“ wogóle, to przyczyny warunkujące rozrost tych guzów są nam nie znane, jakkolwiek mniemać należy, że źródłem ich bywa nieprawidłowy nadmierny rozwój tkanki łącznej podśluzowej, znajdującej się w obfitej ilości na dolnej powierzchni podstawy czaszki i zdradzającej własność silnego rozrastania się w okresie młodzieńczym.

Bensch[2]) wypowiada zdanie, że guzy te powstają wskutek nieprawidłowego rozwoju kości czaszkowych, a mianowicie: okostna przednich powierzchni kręgów czaszkowych staje się w niektórych miejscach niezdolną do wytworzenia tkanki kostnej wskutek przyczyn bliżej nam nie znanych, wobec czego podlega znacznemu rozrostowi dzięki obecności fizjologicznego nadmiaru materjału odżywczego, a więc po okresie rozwoju szkieletu kostnego guzy te rozwijać się nie mogą. I rzeczywiście, kliniczne spostrzeżenia, o których niżej jeszcze pomówię, potwierdzają ten fakt.

Hirschberg, Gegenbauer i Naab twierdzą, że początek włókniakom nosogardzielowym dają resztki chordy embrjonalnej, wysepki tkanki łącznej pozostałe w dużej ilości w połączeniach

chrząstkowych (synchondrosis) między oddzielnemi kośćmi podstawy czaszki. W tych właśnie miejscach w okresie embrjonalnym spotykamy najróżnorodniejsze skomplikowane formacje tkanek, blizko obok siebie leżących; wobec nadzwyczaj złożonych stosunków i wahań w historji rozwoju kostnego szkieletu czaszki nic dziwnego, że znaleźć się tam mogą komórki z okresu embrjonalnego, które później w okresie wzmożonego rozwoju szkieletu kostnego mogą dać początek guzom włókniakowym.

Włókniaki nosogardzielowe przedstawiają się w formie białawych lub blado-różowych guzów o powierzchni gładkiej często owrzodzonej, o twardej konsystencji i szerokiej podstawie. Guzy te dochodzą często do olbrzymich rozmiarów, wypełniając cały epi- i metapharynx i sąsiednie jamy, prą przed sobą pokrywającą je błonę śluzową do ściany przeciwległej, w następstwie czego tworzą się powierzchowne owrzodzenia i zrosty z sąsiedniemi tkankami, bardzo utrudniające wyłuszczenie guza.

Pod względem *anatomo-patologicznym* są to, zdaniem Rümmel'a[43]) i Wolff'a[45]) twarde włókniaki, których główną masę stanowi twarda tkanka łączna, składająca się z gęstych włókien, leżących miejscami na kształt snopków, miejscami zaś w postaci okrągłych zwojów. Między włóknami tkanki łącznej znajduje się nieznaczna ilość komórek, w niektórych zaś miejscach obfita ilość leukocytów zupełnie pokrywa tkankę łączną podstawową, co często dawało powód do błędów rozpoznawczych i nasuwało podejrzenie mięsaka. Niekiedy można w nich znaleźć włókna elastyczne. Naczynia w włókniakach spotykają się bardzo często i dochodzą do znacznej szerokości; są to przeważnie naczynia żylne. Powierzchowną warstwę włókniaków stanowi błona śluzowa, która w wielu miejscach wskutek urazów podlega zniszczeniu, co przyczynia się często do obfitych krwawień, czasami bardzo uporczywych. Do najbardziej *charakterystycznych własności* włókniaków nosogardzielowych należy ich niezmierna *skłonność do rozrastania się* (Wachstumenergie) w postaci odnóg włókniakowych wypełniających sąsiednie jamy, otwory i szczeliny; w ten sposób powstają odnogi nosowe, szczękowe, czołowe, sitowe, oczodołowe a nawet pozaszczękowe. Odnogi te tworzą się, gdy guz wypełniwszy jamę, w której bierze początek, napotyka przeszkodę do dalszego rozwoju i rośnie w kierunku najmniejszego oporu. „Wewnątrzgardzielowe" włókniaki puszczają więc odnogi przedewszystkiem do jednej lub obydwu jam nosowych, ztąd przenikają do otworów jamy klinowej, zatoki szczękowej, czołowej i komórek sitowych i, wypełniwszy mniej lub więcej wyżej wymienione jamy, wywołują przez ciągły ucisk zanik ścianek kostnych, wreszcie przebijają je i przenikają przez górną ściankę zatoki klinowej do jamy czaszkowej, przez komórki sitowe do oczodołu, przesuwając gałkę oczną naprzód i nazewnątrz. Przenikanie odnogi włókniaka do jamy czaszkowej jest zjawiskiem dość częstem; proces ten przez dłuższy czas pozostaje skrytym, nie wywołując literalnie żadnych objawów groźniejszych (Streit przyp. 13). Nierzadko też przebija włókniak cienką tylną ścianę za-

toki szczękowej i wypełnia ją całkowicie lub też przez otwory i szczeliny znajdujące się w tej okolicy, zwłaszcza przez otwór klino-podniebienny (foramen spheno-palatinum) lub szczelinę skrzydło-podniebienną (fissura pterygo-palatina) przenika do jamy klino-szczękowej (fossa spheno-maxillaris) w postaci odnogi „pozaszczękowej“, która w dalszym swym rozwoju, napotykając przeszkodę ze strony łuku licowego dzieli się na odnogę górną-skroniową i dolną—policzkową. Jednocześnie część odnogi pozaszczękowej przenika przez szczelinę oczodołową dolną (fissura orbitalis inf.) do oczodołu i przesuwa gałkę oczną nazewnątrz, nadając twarzy chorego charakterystyczny wygląd żaby (Froschgesicht). Zazwyczaj jednak podobną odnogę „retromaxilarną“ posyłają nie „wewnątrzgardzielowe“ włókniaki lecz wyżej wspomniane i opisane przez Langebecka włókniaki „retromaxilarne“ czyli „pozaszczękowe“, które, biorąc początek w jamie skrzydło-podniebiennej, z łatwością przenikają do jam sąsiednich w postaci odnóg, osadzonych na wspólnej szypule. Jedna część guza przy rozwoju swoim idzie ku górze i przodowi i przez szczelinę oczodołową dolną (fissura orbitalis inf.) dostaje się do oczodołu; druga idzie ku górze i tyłowi do dołu skroniowego (fossa temporalis) a dwie pozostałe opuszczają się ku dołowi i przenikają do nosa i jamy połykowej, symulując polipy nosowe i guzy noso-gardzielowe. To też w przypadkach daleko posuniętych miejsca pierwotnego wyjścia guzów nie daje się ustalić tylko podczas operacji może być ta kwestja wyświetloną.

(d. c. n.)

Spostrzeżenia z praktyki.

Przyczynek do leczenia złamań powikłanych.

Podał **Dr. H. Goldberg.**

W czerwcu roku 1907 byłem wezwany do pani Z., którą znalazłem w stanie nader opłakanym.

Pani Z. uległa przejechaniu przez tramwaj elektryczny. Zaalarmowane „Pogotowie Ratunkowe“ odwiozło ją — po nałożeniu pierwszego opatrunku — do szpitala małż. Poznańskich. W szpitalu chora przeleżało 8 dni, poczem mąż zabrał ją do domu i mnie wezwał. Stan, w jakim znalazłem panią Z., był następujący:

Lewy obojczyk złamany u nasady mostkowej. Lewe ramię złamane na granicy średniej i górnej trzeciej części, w obu razach złamanie niepowikłane. Obie kości prawej goleni złamane na granicy dolnej i średniej trzeciej części. Złamanie piszczeli powikłane, przednia powierzchnia kości obnażona na przestrzeni koło 4 $\times$ 2 ctm., kość zaś podległa martwicy; złamanie strzałki, niepowikłane, tkanki nad nią nienaruszone, kość nieobnażona. Dokoła martwiaka

zacieki ropne, dochodzące do kolan i na tylną stronę goleni; skóra przedniej powierzchni goleni sina, zcieńczała, podminowana.

Chora wycieńczona chorobą i gorączkująca; ciepłota waha się koło 38° C.

Obojczyk próbowałem ustawić w położeniu właściwem za pomocą opaski Desaux, było to jednak niemożliwe z powodu jednoczesnego złamania ramienia. Dałem więc za wygrane leczeniu złamania obojczyka, tem bardziej, że więcej szło mi o złamane ramię, które w szpitalu pozostawało w wyciągu dni 8; stan chorej nie pozwalał jednak stosować dalej tej metody, to też zadowoliłem się unieruchomieniem obojczyka wraz z ramieniem; udało mi się to łatwo, gdyż złamanie ramienia było poprzeczne, co utrudniało powstawanie zboczenia; jednocześnie zaś ośmiodniowy wyciąg wywołał pewien stopień zrostu. Rzeczywiście, po dwóch miesiącach i obojczyk, i ramię zrosły się dokładnie; to ostatnie zaś z biegiem czasu doszło w miarę ruchów do sprawności doskonałej.

Co się tyczy goleni — sprawa była trudną, nieledwie beznadziejną. Wobec silnego ropienia szło mi przedewszystkiem o ograniczenie tego, gdyż w tych warunkach o żadnym zroście mowy być nie mogło. Od samego początku zacząłem stosować okłady wilgotne, zmieniane codziennie, przyczem nogę umieściłem w rynience tekturowej. Zacząłem od rozczynu spirytusu, wkrótce jednak przeszedłem na kreolinę, której brałem słaby rozczyn (15 kropli na irygator litrowy); tym rozczynem przemywałem ranę, starając się dostać do wszystkich zaułków rany, poczem z tegoż rozczynu zrobiłem okład. Okłady kreolinowe stosowałem bez przerwy około 2 miesięcy, przyczem muszę zaznaczyć, że żadnych objawów, bądź otrucia, bądź podrażnienia miejscowego nie zauważyłem. Jednocześnie z okładami stosowałem opaskę elastyczną Bier'a powyżej kolana, którą chora zakładała sobie sama z przerwą 3 — 4 godzinną w ciągu doby. Opaska w danym przypadku działała wyłącznie miejscowo, nie pozwalając ropieniu posuwać się w górę, ponad kolano; działania zaś ogólnego, zwalczającego ropienie, stwierdzić nie mogłem. Po dwóch miesiącach takiego leczenia usunąwszy jeden martwiak długości koło 4 ctm. z przedniej powierzchni goleni, i otworzywszy trzy czy cztery zacieki po obu stronach kolana i w okolicy miejsca złamania, udało mi się ropienie umiejscowić, a jednocześnie doczekać się zrostu strzałki, która odtąd grała rolę najdoskonalszej łubki unieruchomiającej.

Chora jednak była już nad wyraz wycieńczona długotrwałem ropieniem: wystąpiły biegunki, uporczywy kaszel, a wkrótce przyłączyło się jednostronne zapalenie płuc, prawdopodobnie przerzutowe. Silny jednak organizm przemógł wszystko, i chora zaczęła powracać do zdrowia. Wtedy zrobiłem opatrunek ze szkła wodnego, który—po stwardnieniu—rozciąłem wzdłuż, i odtąd miałem niejako stały opatrunek unieruchomiający. Na rany z samego początku stosowałem nalewkę jodową lub zawiesinę jodoformową, zaprzestając ich stosowania w miarę powstawania pryszczycy.

Chorej z opatrunkiem unieruchamiającym kazałem wstawać

z łóżka i chodzić o kuli, niebacząc na brak zrostu i silne jeszcze ropienie. W ten sposób stan chorej stawał się coraz lepszym: ciepłota nie bardzo uchylała się od normy, ropienie ustępowało powoli, odżywianie i stan ogólny chorej poprawiały się z dnia na dzień, o zroście jednak nie było mowy. Po czterech miesiącach leczenia nastąpiło nowe powikłanie, mianowicie silny obrzęk stopy, połączony z podniesioną ciepłotą, bólami i zapalnym stanem skóry. Początkowo przypuszczałem, że mam do czynienia z różą przyranną, gdy jednak otaczające ranę tkanki nie miały cech zapalnych, ciepłota zaś spadła do normy, bóle ustąpiły, obrzęk zaś pozostał, przyszedłem do wniosku, że to był zakrzep żylny gdzieś w okolicy złamania. Obrzęk ten był uporczywy. Nie bacząc na ten obrzęk, wobec coraz lepszego stanu rany, choć zrost wciąż jeszcze nie nastąpił, zaleciłem chorej chodzić, w razie zaś zwiększania obrzęku —unosić czasem kończynę w górę. Po 5 miesiącach leczenia, utraciwszy nadzieję osiągnięcia samoistnego zrostu, poprosiłem na naradę kol. K., który orzekł, że dalsze zwlekanie byłoby bezcelowem, a wobec bardzo nieznacznego ropienia można przystąpić do zeszycia kości. Stan chorej był wówczas taki: ropienie bardzo nieznaczne, ograniczone wyłącznie do miejsca złamania, gdyż wszystkie zacieki, szeroko i głęboko otwarte, zabliźniły się. Strzałka zrośnięta, piszczel zaś ruchoma w miejscu złamania, przyczem wobec braku objawów tarcia i przewlekłego stanu choroby można było spodziewać się wytworzenia stawu rzekomego; kończyna skrócona w porównaniu ze zdrową o 5 ctm., stopa w położeniu pes equinus, silnie obrzękła, niebolesna. Ruchomość stopy, zarówno bierna, jak czynna, znacznie upośledzona.

Na operację chora nie zgodziła się, więc musiałem leczyć ją dalej konserwatywnie. Opatrunki suche robiłem już teraz co 3-ci lub 4 dzień; pozostałe rany zabliźniały się szybko, stare blizny ściągały, ruchomość jednak odłamków trwała podawnemu. Dopiero w końcu 7-go miesiąca, gdy obrażenia zewnętrzne zagoiły się, zauważyłem zmniejszenie ruchomości, poczem postanowilem nałożyć nowy opatrunek unieruchamiający, i zaleciłem chorej chodzić, chodzić możliwie jaknajwięcej, opierając się na kuli, kiju lub, lepiej jeszcze, nie posługując się żadną podporą.

Gdym po miesiącu przyszedł, przekonałem sie, że tak dawno oczekiwany zrost nastąpił. Było to po 8 miesiącach leczenia.

Zgodnie z moimi wskazówkami, chora zaczęła nosić wysoki bucik sznurowany, bez żadnych jednak podporek bocznych. Skrócenie wyrównano za pomocą wysokiego obcasa.

Po dwóch miesiącach odwiedziłem chorą jeszcze raz. Nastąpił mocny zrost, dzięki czemu chora swobodnie chodzi po lesie nawet; kończyna dziś nieznacznie skrócona, tak iż chora wróciła do swego starego obuwia, podkłada tylko wyższy korek; chodzi bez kija, utykając nieznacznie. Powierzchnia goleni pokryta mocnemi bliznami. Obrzęk stopy znikł prawie doszczętnie, powraca jednak częściowo przy długotrwałem chodzeniu. Stopie wróciła pierwotna ruchomość, i o poprzedniem pes equinus dziś niema mowy.

Po ośmiomiesięcznem beznadziejnem prawie wyczekiwaniu zrostu, połączonem z takiemi powikłaniami, był to wynik świetny, który zarazem dowodzi, że przy złamaniach powikłanych, jeżeli się uda ograniczyć ropienie, nadziei nigdy tracić nie należy.

Duńskie uzdrowiska nadmorskie.

Podał **Dr. Seweryn Sterling.**

Spędziwszy lato na w. Bornholmie, którego liczne uzdrowiska nadmorskie poznałem, zwiedziwszy przelotnie kilka innych miejsc kąpielowych Danii i zebrawszy przy pomocy związku turystycznego w Kopenhadze — dane o innych, pragnę podzielić się nie tyle wrażeniami, ile informacjami, które by umożliwiły szerokim kołom polskim spędzanie lata w Danii, tak — względnie — blizko nas leżącej, a zupełnie niesłusznie pomijanej.

Dzieje się tak zapewnie dla tego, że źródła naszych wiadomości balneoterapeutycznych: podręczniki niemieckie o miejscowościach mniejszych, masowo przez niemców nawet odwiedzanych, nie wzmiankują, o wielkich zaś ledwie-że w kilku słowach wspominają. Tak np. Prof. Glax zna tylko Fanö i Marienlyst; toż samo Thilenius; jednocześnie zaś wymieniają i opisują jakieś Boltenhagen, Brunshaupten, Glücksburg, Kappeln, Niendorf, Prerow — bo niemieckie!

„Krainą morza“ słusznie zwie się Danja, złożona z wielu wysp, oblewana morzem Północnem i Bałtyckiem. Te wyspy nie wychylają się — za wyjątkiem Bornholmu — z morza jako wzniesienia lub skały; żyzne równiny sięgają tu aż do brzegów, a morze stanowi niejako stałe tło tej kwitnącej krainy.

Morski klimat Danii sprawia, że ciepłota jest tu wyższa, aniżeli wypadałoby to z położenia geograficznego; jeżeli jednak nawet upalne dni nie dokuczają, to dzieje się to dzięki sąsiedztwu morza i wiatrom.

Ludność uprzejma, flegmatyczna, pozostaje na wysokim stopniu kultury, co szczególnie uderza u ludu wiejskiego i śród rybaków, zajętych ciężką pracą fizyczną.

Wyspa Bornholm zaledwie od lat kilkunastu przestała być terra incognita dla turystów i żądnych wypoczynku; od lat dziesięciu łączy ją bezpośrednia (t. j. nie przez Kopenhagę) komunikacja parowcowa z lądem; od tego też dopiero czasu datuje się rozwój tutejszych letnisk i urządzeń kąpielowych.

Jakkolwiek do Danii przynależny nosi Bornholm charakter raczej od półwyspu skandynawskiego oderwanej ziemi, od której też jest ledwie o 37 kilometrów oddalony, wówczas gdy od macierzystej Danii oddziela go przestrzeń trzykrotnie większa.

Położony na Bałtyku ma jednak Bornholm klimat wybitnie morski, ponieważ jest wyspą niewielką (600 kilometrów krwadratowych), ze wszech stron dostępną prądom powietrznym morskim; pod tym względem nie da się porównać z nim żadna inna z miejscowości nadbrzeżnych Bałtyku.

A tem bardziej pod względem piękności przyrody!

Groźnie malownicze skały i przepaści nad morzem, bujne łąki i żyzne pola, cieniste lasy, liczne zabytki historyczne — czynią Bornholm wyjątkowo pięknem i zajmującem letniskiem nadmorskiem.

O florze Bornholmu pojęcie już daje suche wyliczenie najwięcej spotykanych roślin: brzozy, dęby i buki stanowią główny drzewostan lasów i gajów; wśród nich rosną lipy, wiązy, jesiony, olchy, klony, modrzewie i jodły; dalej znajdujemy tu morwy, orzechy laskowe, jarzębinę, bzy, tarń, różyczki dzikie, wiśnie dzikie, jabłonki dzikie, jałowiec. Głóg wyrasta tu w duże drzewo; paprocie dochodzą wielkich rozmiarów.

Bornholm ma znakomity grunt pszenny; dojrzewają tu i pięknie wschodzą wszelkie zboża i (późno) owoce Europy środkowej. Łąki są pokryte nadzwyczaj bujną i upajająco wonną roślinnością; mnóstwo tu ziół lekarskich, uderza obfitość storczyków. Kwiatów, głównie róż, jest tu moc niesłychana; w koło najmniejszego domku znajdziemy klomby z róż, a cmentarze (np. w Allingen), to — w Czerwcu i Lipcu — jeden ogród różany.

Jakkolwiek obszerne wybrzeża piaskowe znajdują się w południowej części wyspy, piękniejszą, więcej malowniczą i urozmaiconą pod każdym względem jest jej część północna; tu też przebywa większość gości kąpielowych, tu przybijają statki sezonu letniego (stała komunikacja istnieje między Kopenhagą a m. Roenne, stolicą wyspy, położoną na południowo-zachodzie).

Najbliższa droga do Bornholmu prowadzi od nas na Szczecin, dokąd z Warszawy (i z Łodzi) jest 12 godzin jazdy. Ztąd można jechać (raz na tydzień) bezpośrednio statkiem na Bornholm, co trwa o wiele dłużej, aniżeli jazda, ze Szczecina lub Berlina, koleją — przez Rugję — aż do Sassnitz, zkąd dwa razy tygodniowo odchodzą statki przebywające drogę od Sassnitz aż do Bornholmu w ciągu godzin 5 — 6-ciu. Tą drogą, tak ze Szczecina jak Berlina, na Bormholm trwa droga znów godzin dwanaście.

Drogę morską można skrócić aż do 4 godzin, przenocowawszy w Sassnitrz i wyjeżdżając (w Niedzielę) ztamtąd o szóstej rano.

Szczegółowy rozkład jazdy nadsyłają na żądanie chętnie firmy J. F. Braeunlich w Szczecinie, Paul Leshaft w Allinge, Fritsche & Co (Amaliegade 3) w Kopenhadze.

Można też (dwa razy na tydzień) jechać na Bornholm z Kołobrzega; droga morzem trwa sześć godzin.

Z Kopenhagi dwiema drogami dostać się na Bornholm można: bezpośrednio statkiem (9 do 10 godzin) lub przez Szwecją (część drogi koleją przez Szwecję, część — około 3 i pół godzin — statkiem).

Te wszystkie połączenia są wymienione w rozkładzie jazdy, jaki nadsyłają wyżej wspomniane firmy.

Życie na Bornholmie jest zdrowe i smaczne; kto jednak przywykł do kuchni wykwintnej, niech tu jej nie szuka, jeśli chce jadać w pencjonacie. Naturalnie, na porcje będzie żywiony lepiej, ale też dwa razy więcej będzie go to kosztowało.

Za pensjonat (pokoiki skromnie urządzone, małe), płaci się

tu przeciętnie od 4 do 6 koron*) dziennie, przy pobycie conajmniej przez dni ośm. Za tę cenę dają pokój, usługę i życie: śniadanie z herbaty, kawy, kakao lub mleka, pieczywa, masła, jajka i mięsa zimnego; obiad: z zupy, dwu mięs (lub ryby i mięsa), leguminy i kawy; kolacja: z jednego dania ciepłego i mięsa (resp. rybek wędzonych) na zimno, masła, sera.

Przyjazd z Sassnitz następuje zwykle ze strony zachodniej do portu Hammerhavn, wyjątkowo — przy wietrze wschodnim — do Alligne; najbliżej Hammerhavn leżą hotele: Blancha (najdroższy, najlepiej urządzony, ale niedający łatwej możności kąpieli, ponieważ leży bardzo wysoko nad morzem); h. Hammershuus — tańszy, więcej od morza oddalony, odpowiedni dla turystów; pensjonaty: Möller, Hammersholm — niedrogie, w bardzo malowniczem położeniu wiejskiem. O dobrą godzinę (pieszo) oddalony h. Finnedalen — wśród lasów — niedrogi (K. $4^1/_2$) też nadaje się raczej dla turystów; bardzo pięknie położony ma niezłe kąpiele, leży przy tem nieco za daleko od miasta, poczty, komunikacji (wynajęcie koni jest kosztowne na Bornholmie, jeśli się nie jeździ w większem towarzystwie).

Po drodze z Hammerhavn do, oddalonego o 25 minut pieszej drogi, *Sandvig* — hotel Hammersö — nad jeziorem, od morza wysokim cyplem osłonięty, niedrogi.

W *Sandvig*, miejscowości najodpowiedniejszej dla przyjeżdżających z dziećmi i dla osób używających kąpieli morskich (w sąsiednim — o 5 minut oddalonem — Oerstersöbadet Bornholm, mającem duży szmat wybrzeża piasczystego): hotel Strandslot: duży wybór pokoi od K. 4 do 7, nawskoś niemiecki,**) kuchnia też raczej niemiecka, aniżeli duńska; h. Klo'sa — niedrogi, nad morzem: toż samo: h. Sandvig, hotel Alexandersena; pensjonat panny Prusse i tańszy: Carlsena leżą w miasteczku, ale też bardzo blizko morza.

O 20 minut pieszej drogi dalej — wzdłuż wybrzeża wschodniego — *Allinge;* wybrzeże skaliste, ale kąpiele dobre. Hotel Hoeyera — nad morzem, niedrogi; h. du Nord — tańszy; w miasteczku: h. Allinge — niedrogi, w ogrodzie, i tańsze: Groenbecka, Central, Riisa, Thoora.

Jak tu, tak i w innych miejscowościach, liczne mieszkania prywatne, z których jednak trudno korzystać obcym, nieznającym języka duńskiego.

Kąpiele morskie tanie (po 20 oerów) wszędzie; są godziny dla panów, dla pań i godziny dla kąpieli wspólnych. Pobieraną jest też sezonowa taksa kąpielowa — po 1 K. od osoby dorosłej.

Wyliczone miejscowości i hotele są najliczniej zwiedzane, ponieważ leżą pośrodku wszystkich spacerów i wycieczek, a przy tem najbliżej przystani. Do wyliczonych dalej trzeba dojeżdżać bądź końmi, bądź łódkami, bądź statkami, które nie codzeń kursują, co zmusza do zatrzymywania się na czas krótki w jednym z wyżej wyliczonych hoteli;

---

*) Korona = 54 kop. (dzieli się na 100 oerów).

**) Niemców tu — na północnem wybrzeżu — niesłychana moc; to też wszędzie łatwo się po niemiecku rozmówić; w hotelach położonych ku południowi wyspy jest zawsze chociaż jedna osoba mówiąca po niemiecku, co wystarcza.

a pobyt hotelowy, t. j. nie na warunkach pensjonatu, stanowi już wydatek przewyższający przeciętne 4 — 6 Koron utrzymania tu zwykłego.

Nie wyliczając szeregu hoteli, z których się przeważnie korzysta na wycieczkach (w Heligdomen, Almidingen, Roenne, Nexoe) wspomnę o kilku miejscowościach, które na pobyt dłuższy polecić można, tańszych wogóle, niż wyżej wymienione.

W *Gudhjem*: villa Cara (nie drogo); hotel Gudhjem — nieco oddalony od morza; pensjonaty Fuglsgang, Noerregaard; niedaleko od Gudhjem (bliżej Allinge) hotel *Salene* — tani.

Pomiędzy Gudhjem a Svaneke — hotel *Randkloevegaaard* (poczta Godthaab) tani (od 2 i pół K.)

W *Svaneke*: hotel Ostersöen — nie drogi, bardzo dobrze przez pannę Munch prowadzony, nad portem.

Na południu wyspy, pod Roenne, leży miejscowość kąpielowa *Stampen* (hotel Stampen) z obszernem wybrzeżem piaszczystem; tu przeważnie Duńczycy zjeżdżają, jak wogóle do miejscowości ostatnio wyliczonych.

Ogromnej ilości spacerów i wycieczek pieszych, łodziami parowemi lub żaglowemi, statkami, końmi, jakie się robi z Sandvig lub Allinge, trudno wyliczyć; każdy przybywający tu musi się zaopatrzyć w przewodnik Bohna lub Schustra*) i ztamtąd się o nich dowie; powiem tylko, że trwają one nie więcej niż 5—6 godzin, że więc je załatwić można między śniadaniem a obiadem lub między obiadem a kolacją; jedynie wycieczka do przepięknego lasu Almidingen zajmie dzień cały. Dobrym piechurom można polecić kilkudniowy spacer po wyspie, przeważnie wzdłuż wybrzeża; piękności przyrody Bornholmu w zupełności na to zasługują. Miłośnicy kołowca znajdą tu wyborne drogi, które im te wycieczki ułatwią.

Z innych uwag o jednej zapomnieć mi nie wolno: o radzie zaopatrzenia się w cieplejszą odzież, która tu nawet w najpogodniejsze lato (a takiem ono tu bywa prawie zawsze) się przydaje.**)

Prócz wyżej wyliczonych, niewielkich względnie, miejscowości kąpielowych nadmorskich na wyspie Bornholmie (najbliżej od nas położonych) posiada Danja duży szereg mniejszych i większych kąpieli nadmorskich, które tu wyliczę:

Przedewszystkiem w pobliżu Kopenhagi (oddalonej od Berlina i Szczecina o 10 godzin drogi) leży szereg miejscowości, do których koleją dojeżdża się przez las—niby przez wielki park, usiany willami i domkami nadmorskimi.

Tuż pod Kopenhagą leży *Klampenborg*; jest to jednak raczej miejsce wycieczek dla mieszkańców stolicy, za gwarne, by je można było polecić szukającym wypoczynku.

O pół godziny od Kopenhagi *Skodsborg*, gdzie zbudowano wielkie sanatorjum nadmorskie, przez cały rok otwarte, uposażone we wszel-

*) Bohn. Insel Bornholm. Berlin. A. Goldschmidt.—Schuster. Führer d. die Insel Bornholm. Stettin Arthur Schuster.

**) W roku bieżącym z pism tylko wiedzieliśmy o niepogodach panujących w Europie. Myśmy tygodniami nie mieli deszczu, a wogóle mieliśmy raz burzę a dwa razy krótkie deszczyki.

kie środki współczesnej terapii fizykalnej; koszt utrzymania i leczenia wynosi w I-ej klasie od 45 do 75 koron tygodniowo; w II-ej klasie (różnica tylko w pokoju) od 35 do 40 koron tygodniowo. Piękne położenie, dobre powietrze i odżywianie powinnyby skłonić nas do korzystania z tego zakładu leczniczego, który przyjmuje chorych wszelkiego rodzaju, wymagających leczenia dyetetycznego i klimatycznego. Lekarzem naczelnym jest Dr. C a r l O t t o s e n, który ma do pomocy dwu asystentów i licznych pielęgniarzy i pielęgniarki.

Nieco dalej na północ (o nowe pół godziny jazdy koleją nadbrzeżną — Kystebanen) leży miasteczko *Helsingoer*, port; przy porcie w osadzie Snekkersten pensjonat Frihavn (4 do 5 koron).

Z Helsingoer prowadzi kolejka do Hornbaek, łącząc z sobą cały szereg mniejszych i większych miejscowości kąpielowych.

Przedewszystkiem — o 10 minut od Helsingoer — leży bardzo elegancki *Marienlyst*; urządzenia lecznicze, rozrywki, parki, promenady — wszystko w stylu wielkiego komfortu. Ceny utrzymania wynoszą po 6 koron (i więcej) od osoby dziennie. Dalej leżą: *Julbaek*, *Helebaek*, *Aaalsgarde*, *Saunte*, *Hornbaek* — niewielkie osady nadmorskie, dające możność odpoczynku — przy możności korzystania z rozrywek stolicy (do Kopenhagi — $1^1/_2$ g. jazdy).

W Hornbaek pensjonat Friis; utrzymanie od 4 do 6 koron dziennie.

Wyliczone miejscowości leżą nad cieśniną Oeresund; fale morskie niewielkie, chociaż powietrze wietrzne, orzeźwiające.

Na cyplu północnym wyspy Zelandji, więc już na Kattegacie, *Gileje* (od Kopenhagi dwie godziny jazdy koleją); rozwijające się miejsce kąpielowe. Utrzymanie od 32 do 45 koron tygodniowo (zależnie od pokoju). Po informacje zwracać się: Kategatsbad Gileje, Hotellet.

Na północnym cyplu półwyspu Jutlandskiego *Skagen* (18 g. od Berlina); bardzo silna fala morska, mocne wiatry. Skagen jest w Danii najwyżej jako miejscowość lecznicza ceniony — dla rekonwalescentów i chorych nerwowo. Pokój kosztuje od 2 do 5 k., utrzymanie — $3^1/_2$ k. dziennie, lekarz: Dr. L a u e s g a a r d.

Na południe od Kopenhagi, na wyspie Falster — *Marielyst* pod Vaeggerlöse. Pensjonat po $3^1/_2$ do 4 koron. (Iuformacji udziela Fr. Graae, w Nykoebing na Falster).

Na wyspie Fyen *Christiansminde* pod Svendborgiem. Wł. hotelu L. Frantzen. Pensjonat od 4 do 6 koron.

Na wybrzeżu Zachodniem, a więc na morzu Północnem, o 20 minut od stacji Esbjerg, na wysepce: *Fanö*; kąpiele morskie wybitnej wartości, piękne piaszczyste wybrzeże; urządzenia bardzo eleganckie. Od Berlina godzin jazdy 13. Ceny pobytu wynoszą około 6—7 koron dziennie. Informacji udzielają Carl Beck i Olaf Lassen.

Wzdłuż tegoż wybrzeża jeszcze trzy mniejsze miejscowości:

Loenstrup pod Hjoering. Hotel Linnemanna. Pensjonat po $4^1/_2$ k.

Bovbjerg pod Bonnet. Hotel Bjerre; pensjonat 4 korony.

Vesterhavsbadet Tannishus pod Sindal. Hotel Hildur Band. Pensjonat 4 do 5 koron.

Chcący spokoju w warunkach skromnego komfortu niech wybierze wyspę Bornholm. Fanö — daje silne morze i europejski komfort, ale — po za morzem — żadnych piękności przyrody. Piękno i komfort daje Marienlyst, obok możności korzystania z rozrywek stolicy; morze jednak jest tu spokojne. Też same warunki, tylko bez eleganckiego komfortu, dają miejscowości obok Marienlyst położone. Wybitnie morski klimat ma Skagen, jakkolwiek urządzenia są tu jeszcze skromne. Inne, mniejsze miejscowości, nadają się dla tych, którzy szukają zupełnego spokoju, zadawalniając się wyłącznie pięknem natury.

Stanowisko i byt lekarza prowincjonalnego u nas.

Przez **D-ra A. Jarosińskiego.**

Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek Siedleckiego d. 7|VIII 1908 r.

Szanowni Panowie!

Znakomity lekarz i prof. Berneńskiego uniwersytetu Sahli często powtarza swoim uczniom, że ideałem lekarza jest lekarz wiejski. Prof. Sahli zachęca przeto adeptów medycyny do osiedlania się po wsiach i osadach, twierdzi bowiem, że dobrze pod względem lekarskim przygotowany lekarz, gdy jest jednocześnie dobrym i inteligentnym człowiekiem, może stać się opiekuńczym aniołem ludności, szerzycielem kultury i postępu.

W naszym kraju, w którym jest 68% analfabetów, bardziej niż w Szwajcarji pożądanem jest, by wśród ludności wiejskiej osiedlały się jednostki inteligentne, które przez swój stały kontakt z ludem mogły by wpływać na usuwanie przesądów i szerzenie postępu.

W naszym więc kraju, w którym jeszcze panuje pojęcie o kołtunie, w którym rany opatruje się brudną pajęczyną, w którym kąpiel i mydło używane są rzadko, a w chorobie uważane są za rzecz zbyteczną, a nawet szkodliwą; w kraju, w którym szerzenie się chorób epidemicznych uważanem jest za dopust Boży, jako kara za grzechy...., że w kraju takim lekarz wiejski ma szerokie pole do działania.

I istotnie, jest tu pole szerokie, powiem, śród bowiem inteligentnych jednostek na prowincji, bodaj, że lekarz częściej, niż kto inny, ma w sobie iskrę Bożą, owo poczucie dodatniego oddziaływania na ogół ciemnej ludności.

Obejrzyjmy się na około siebie:

Ksiądz, mający styczność z ludem i możność oddziaływania nań, zwykle głosi z ambony i udziela stereotypowych napomnień w konfesjonale: nie kradnij, nie podpalaj, nie popełniaj grzechów głównych, módl się, pracuj, pość, bądź ofiarnym na rzecz kościoła i sług jego.

Obywatel ziemski i oficjalista dworski twierdził zwykle dotychczas, że hygjena i oświata dla parobka nie są potrzebne, potrzebną zaś jest tylko siła mięśni.

Nauczyciel wiejski, w naszych przynajmniej siedleckich stosunkach, jako jednostka obca, nie wychodząca z łona społeczeństwa, zachowuje się obojętnie, albo dąży do z góry nakreślonego celu — nauczenia polskiego dziecka po rosyjsku.

Aptekarz w małem miasteczku chętnie sprzedaje choremu lekarstwo od „macicy", „kołtuna" lub „poruszenia", bez zarumienienia się zawija „olejek miętusowy" lub „skrom zajęczy" i śmieje się w duszy z naiwnego wieśniaka, któremu sprzedał zwykły zabarwiony tłuszcz.

A urzędnicy wszelkich biur? O oddziaływaniu tych panów na ogół ludności wieśniaczej lepiej nie wspominać.

A ileż na wsi jest tych potęg ciemnych, jak pseudofelczerzy, pseudoakuszerki, baby, znachorzy, zamawiacze — potęg, które podtrzymują przesądy i zabobony i których wpływ na lud nasz jest jeszcze olbrzymie.

W naszych więc warunkach, lekarz osiadły na małej prowincji, jest jedyną zazwyczaj jednostką, która przestrzega zasady hygjeny, jedynym apostołem, który głosi, że w zdrowem ciele zdrowy duch się mieści.

Nie widząc skutecznych zarządzeń rządu w sprawie szerzenia hygjeny i racjonalnego lecznictwa, widząc obojętność do tej sprawy sfer inteligentnych, odczuwając na każdym kroku demoralizujący wpływ pseudofelczerów, bab i znachorów, lekarz osiadły na wsi sam bierze się z zapałem do pracy nad poprawą stosunków w swojej okolicy. Praca to jednak zmudna i mozolna, postęp idzie żółwim krokiem.

Całemi latami, po kilka razy na dzień lekarz powtarza chorym: myj się, czysto się ubieraj, mieszkanie przewietrzaj, wódki nie pij, ranę obmyj, — codzień jednak wciąż widzi chorych niemiłosiernie brudnych, codzień zmuszony jest oczyszczać rany z zakukurzonej pajęczyny, codzień musi odbywać z chorymi konferencje na temat kołtuna, macicy i zruszenia.... Całe lata mijają, a wpływu dopatrzeć się trudno.

W tych trudno warunkach nie każdy lekarz ma tyle siły, by wytrwać na stanowisku i być krzewicielem hygjeny: jeden ucieka do miasta, jako do ogniska wyższej kultury, drugi staje się obojętnym dla świętej sprawy, trzeci z zaciśniętymi zębami szoruje brudne, obranione ciało chorego, a inny przystosowuje się do otoczenia i bierze na siebie rolę „cudownego" lekarza, i zaleca chorym spożywanie rosołu z czarnej kury, picie lekarstwa przed wschodem lub po zachodzie słońca.

Praca lekarza prowincjonalnego u nas, o ile tej pracy nie przyświeca idea fizycznego i umysłowego odrodzenia ludu naszego, jest mało zachęcającą i nic dziwnego, że nasi lekarze stronią od osiedlania się na wsi, tem bardziej, gdy z tem związaną jest sprawa czysto materjalnej natury: lekarze prowincjonalni, pracując przeważnie pośród ludności wieśniaczej i ubogiej żydowskiej, zarabiają stosunkowo nie wiele. Chorych na prowincji mamy dużo, nie mniej, niż po miastach. Da się to w przybliżeniu obliczyć. Przyjmując

ilość mieszkańców naszej gubernji na 1,000,000 i 26°/$_0$ śmiertelności *), mamy rocznie zmarłych 26,000. Według objaśnień Pettenkofer'a na każdego zmarłego przypada 30 chorych, na nasze gubernję przeto wypada 780,000 chorych rocznie.

Iluż tu lekarzy i szpitali potrzeba, by obsłużyć taką masę chorych!

Zachodzi tu jednak paradoksalne zjawisko: chorych moc wielka (na jednego lekarza do 20,000), lekarzy nie wielu, a i ci często narzekają na brak pracy i małe zarobki. Dzieje się to wskutek tego, że ubogi wiejski tłum nie leczy się wcale i oczekuje zmiłowania Bożego lub zasięga rad u bab i pseudofelczerów, których namnożyło się po wioskach bez liku; bogaci pacjenci wyjeżdzają do badów i leczą się u specjalistów w dużych miastach; bogate damy dla odbycia normalnych nawet porodów coraz częściej udają się do domów zdrowia.

W tych warunkach zarobienie rocznie 3000 rb. dla wielu lekarzy jest niedościgniona mrzonką. A ta suma jest zaledwie wystarczająca, gdy weźmiemy pod uwagę utrzymanie rodziny, kształcenie dzieci, zakupywanie przyrządów i książek i miesięczny co lat parę wypoczynek. O robieniu oszczędności nie może być mowy. A zresztą lekarz przeciętny nie wiele ma czasu na zbieranie oszczędności, gdyż zazwyczaj mija lat kilka od chwili opuszczenia uniwersytetu, zanim lekarz się ustali, pospłaca długi studenckie, gdy zaś dojdzie do maximum swojej praktyki 2,500 r.—tu już nadchodzi rok 46-ty — to jest przeciętny wiek lekarza i śmierć czyni kres wszelkim zabiegom.

Mnsimy się pogodzić z myślą, że lekarze na prowincji żyją krótko i zwykle kończą tyfusem. W mojej okolicy w ciągu lat 15-u w pięcio milowym promieniu zmarło 10-iu lekarzy; wszyscy zmarli na choroby zakaźne, mianowicie 6-iu na tyfus, 2-ch na zapalenie płuc włóknikowe, jeden na prosówkową gruźlicę i jeden na wodowstręt. Dwóch tylko przekroczyło 60-tkę, reszta byli to ludzie młodzi w wieku od 25-iu do 48-iu lat**).

My tu dziś zebrani powinniśmy mieć świeżo w pamięci groby ś. p. Zawistowskiego, Pawłowicza i Wroczyńskiego. Groby to ludzi młodych, silnych, pracujących do ostatniego niemal tchnienia i zmarłych na choroby zakaźne, powinny być wyrzutem dla sfer, od których zależną jest poprawa naszych stosunków hygjenicznych, powinny być wyrzutem dla społeczeństwa.

---

*) Przeciętna cyfra dla naszego kraju.

**) W Sokołowie ś. p. Dziobkowski lat 48 — typhus.
" " Zawistowski lat 38 — typhus.
W Ciechanowcu ś. p. Swięcki lat 48 — typhus.
" " Falkiewicz lat 31 — tubercul. miliar.
" " Tymiński lat 25 — typhus (5 tygodni prakt.)
W Brańsku ś. p. Taraszkiewicz lat 46 — lyssa.
" " Rosjanin młody (?) — typhus.
W Mazowiecku ś. p Skarżyński lat 40 — typhus.
W Czyżewie " Roszkowski — starzec — pneum. croup.
W Węgrowie " Wyszomirski — starzec — pneum. croup.

Ono wobec śmierci młodego lekarza, który stał się ofiarą tyfusu, wobec zawiedzionych nadziei, wobec materjalnej nieraz klęski rodziny, trochę pokwili, wypowie parę szumnych frazesów na temat poswięcenia się, spełnienia obowiązku i.... rychło przejdzie do porządku dziennego. Umarł lekarz — będzie inny na jego miejsce.

Istotnie, pomiędzy zawodami t. zw. wyzwolonymi, stan lekarski daje największą śmiertelność w wieku względnie młodym; tyczy się to osobliwie lekarzy zamieszkałych po miasteczkach.

Jeżeliby dziś młody lekarz zwrócił się do mnie, prosząc o radę, czy ma osiąść na małej prowincji, to bym mu powiedział:

„Gdy chcesz osiąść w miasteczku, młody kolego, to wiedz o tem, że pod względem lekarskim musisz być dobrze przygotowanym; każdy popełniony przez ciebie błąd w rozpoznaniu i rokowaniu dotkliwie na tobie się zemści.

Wiedz o tem, że będziesz wiecznem pogotowiem ratunkowem, że nie będziesz miał swojego czasu, którym byś mógł dowolnie rozporządzać. Dźwięk dzwonka od drzwi twoich wchodowych będzie ci ciągle dźwięczał w uszach, a nocą często będziesz się budził z bijącem sercem i nasłuchiwał, czy to rzeczywisty głos dzwonka, czy też halucynacja.

Miłość twoja własna często ucierpi: koledzy z dużego miasta po większej części będą cię traktowali wyniośle, wielu pacjentów boleć będzie nad tem, że muszą mieszkać w zapadłym kącie, gdzie ich drogocenne zdrowie nie może być pod opieką wielkomiejskiego specjalisty; wieśniak, przybywając do ciebie, nieraz na wstępie zaznaczy, że już udawał się do „doktorów“, którzy mu już stawili i bańki i pijawki i nacierali i zamawiali i wręcz zapyta, czy „dasz rady“ jego chorobie? Jeżeli powątpiewasz o swej mocy lekarskiej, to mów odrazu, chory w takim razie uda się do znakomitego „wróża“ do Hołubli, lub do wszechwiedzącego „znachora“ z Gutów, który nie potrzebuje nawet widzieć chorego, a tylko spojrzy na jego urynę i nie tylko pozna, jaka choroba, jak dawno trwa i czy da się uleczyć, ale nawet wskaże osobę, która chorobę „zadała“.

Bądź dalej przygotowanym na to, że $^3/_4$ twoich chorych będą to ludzie brudni i ciemni, że systematycznie ich leczyć nie będziesz, że codzień będą cię indagowali, czy ich męczy „kołtun“, „macica“, czy też cierpią z „poruszenia“.

Bądź następnie przygotowanym na to, że zarobisz nie wiele, a praca twoja często wyzyskaną będzie, a nawet posądzą cię o grubą interesowność; wieśniak będzie się targował z tobą o każdą złotówkę nie może mu się bowiem w głowie pomieścić, że gdy on przez cały skwarny dzień, gnąc grzbiet przy żniwie, kosie lub kopaniu, otrzymuje za to 2 złote, ty za krótką konferencję i napisanie „recepcika“ żądasz aż 30 lub 50 kop.! Ubogi żyd w każdym wypadku będzie się starał ciebie na wyzyskać i w tym razie przebiegłość będzie szła o lepsze z niesumiennością. Dziedzic dużych włości nieraz będzie się starał wyzyskać i zwalić na ciebie obowiązek opiekowania się jego ubogim parobkiem, a gdy zażądasz odpowiedniego wynagrodzenia, da ci uczuć, że jesteś interesowanym,

że jesteś „bez powołania“. Gdy osiądziesz, młody kolego, w miasteczku, to wiedz o tem, że vis à vis siebie znajdziesz felczerka żydka, który wszelkiemi siłami będzie się starał poderwać twoją powagę.

Mógłbym długo, kochany kolego, na ten temat mówić i fakty przytaczać, ale mówisz, że masz staruszkę matkę i młodsze rodzeństwo, którem chcesz się zaopiekować i odrazu musisz mieć byt, chociaż skromny, a przytem kochasz wieś i lud, — więc osiądź w miasteczku, pozwól jednak uczynić ci jeszcze jednę uwagę: gdy spotkasz na drodze swojego życia inteligentną, miłą, ale ubogą panienkę i postanowicie połączyć się węzłem małżeńskim, to żeń się, kolego, ale zawczasu kup dla swej żony chociażby na spłatę, maszynę do robienia pończoch, pamiętaj bowiem o tem, że masa wiejskich lekarzy ginie od tyfusu, z którym będziesz spotykał często i który będzie wyzierał i czychał na Ciebie z brudnych pierzyn ubogich żydków małomiasteczkowych. Niech twa żona zawczasu nauczy się przypinać kwiatki do strojnych kapeluszy, niech nie zapomina gam fortepjanowych, niech umie władać maszyną pończoszniczą.... te umiejętności mogą jej się z czasem przydać!

Niewesoły obraz życia lekarza małomiasteczkowego narysowałem przed Tobą, młody kolego. Pamiętaj jednak o tem, że dziś na świecie źle jest wogóle, że wielu ludzi z zazdrością będzie spoglądało na twoją pozycję i że wielu ludziom gorzej się dzieje, niż lekarzowi prowincjonalnemu.

By zmniejszyć przykre wrażenie powiem ci, kolego, że nie z samych ciemnych stron będzie się składało twoje życie publiczne: będą tu i jasne momenty.

Tuż zaraz za domem twoim rozpoczyna się obszar pól, łąk i lasów, możesz dowolnie kąpać się w słońcu i orzeźwiającem powietrzu.

W drodze do chorego będziesz miał przyjemną pogawędkę z woźnicą o chłopskiej doli i niedoli i skrupulatnie będzie się on wypytywał, „co stoi na gazetach“, a uważnie słuchał i uwagi trafne czynił o tem, co się dzieje na szerokim świecie.

Po drodze spotkasz uznojone twarze życzliwie się witające słowem: „Pochwalony“.

Uszu twych nie będzie raził jednostajny turkot dorożek i przeraźliwe dźwięki dzwonków tramwajowych; usłyszysz natomiast miły świergot skowronka, klekot bociana, harmonijne brzęczenie owadów i poważny poszum lasów.

I im dłużej będziesz obcował i przyglądał się przyrodzie, tym częściej będziesz zapominał o tem, że jesteś posiadaczem dyplomu uniwersyteckiego, tym częściej będziesz się czuł w roli żuczka, który wspina się po źdźble trawy, a który nie mniej od ciebie pracuje dla wielkich i niepojętych celów Wszechbytu, będziesz się porównywał do pracowitej mrówki, która trudzi się nie tyle dla siebie, ile dla swego mrówczego społeczeństwa.

Wieśniak w stosunku do Ciebie będzie wogóle nieufny, jak dziecko, gdy zaś zrozumie, że jesteś mu przyjacielem, wyciągnie do ciebie z zaufaniem ręce, otoczy szacunkiem i wdzięcznością.

Chociaż owa wdzięczność często będzie się objawiała w pobożnych westchnieniach i modłach zasyłanych do stóp ołtarza na Twoją intencję — o Twoje zdrowie i pomyślność, będzie się objawiała w skromnych datkach w postaci kilku jaj, garnuszka miodu lub osełki masła, te jednak, oznaki wdzięczności będą Ci jednak niewypowiedzianie miłe, jako wyraz nieskomplikowanych wdzięcznych uczuć prostaczych.

A gdy po całodziennej pracy, powróciwszy do domu, porachujesz nie tylko złotówki, któreś zarobił, ale i dobre czyny, jakieś spełnił, to będziesz miał uczucie zadowolenia, jakie się ma po uczciwem spełnieniu obowiązku".

Obraz życia lekarza prowincjonalnego, jaki Szanownym Panom skreśliłem, jest może zbyt jaskrawym, ale przyznajcie, że prawdziwym, gdyż sami nie jedno obserwowaliście i nie jedno sami odczuliście.

Trudne warunki lekarza wiejskiego wypływają z tego, że kraj nasz jest ubogim i ciemnym, wypływają z warunków ogólnych, których zmienić sami nie jesteśmy w możności.

Od nas jednak zależy do pewnego stopnia ułatwić życie lekarzom prowincjonalnym i uważam to za sprawę pilną, za sprawę, o którą upomina się wielu kolegów i którą nasze Towarzystwo zająć się powinno..

Dla osiągnięcia poprawy bytu lekarza prowicjonalnego potrzeba.

1. Podniesienia naszego poziomu naukowego.

2. Uregulowania naszych stosunków koleżeńskich i stworzenia jednej rodziny lekarskiej, pojedyńczy członkowie której odnosili by się do siebie z ufnością i braterską życzliwością.

Drobnych nieporozumień i gry małych ambicyjek pomiędzy nami być nie powinno.

3. Powinniśmy ustanowić sąd koleżeński.

4. Powinniśmy się zająć sprawą lecznictwa ludowego i sprawą partactwa lekarskiego.

5. Powinniśmy się zająć sprawą honorarjów lekarskich.

6. Powinniśmy współdziałać w tworzeniu kas samopomocy, np. kas pogrzebowych lub wzajemno-ubezpieczeniowych.

Punkty powyższe daje pod rozważenie Szanownych Panów w tej nadziei, że z debatów i zdań wypowiedzianych wyłoni się rzecz potrzebna i pożyteczna.

Nieracjonalność badania chemicznego wód studziennych Łodzi jako środka walki z cholerą.

Podał **Dr. Sew. Sterling.***)

Hygiena publiczna zawsze, a szczególnie w przewidywaniu epidemji cholery, dba o to, by ludności dostarczyć dostatecznej ilości wody w gatunku jaknajlepszym. Ponieważ zaś dane epidemiologiczne,

*) Odczytane w Tow. Hyg. w Łodzi dnia 21/8-08.

tyczące cholery, dowiodły udziału wody w rozpowszechnianiu się zarazy, w rzędzie środków walki z cholerą jest też specjalna ochrona wód od zanieczyszczenia.

Niestety, doświadczenia epidemiologiczne ostatnio wspomniane doprowadziły do tego, że wielu lekarzy i urzędników zdrowia sprowadza prawie-że całą walkę z cholerą do ochrony wód.

Wzorem lat dawnych, w Łodzi przygotowania do walki z cholerą rozpoczęto od masowego i musowego badania wody studzien łódzkich, dostarczanej do laboratorjum bezpośrednio przez właścicieli domów, lub — w razie ich oporu — przez policję.

Jeżeli wynik analizy chemicznej jest przez badającego uznany za kwalifikujący wodę ujemnie, wówczas studnia, dostarczająca danej wody, zostaje zamknięta.

Jak widzimy, całe to zarządzenie ma na celu ochronę ludności od używania wody — w pojęciu chemicznem — złej.

Nic natomiast cała ta akcja nie ma wspólnego z obowiązkiem dostarczania ludności wody dobrej.

Mieszkańcy domu, w którym laboratorjum wodę uznało za złą, zostają skazani na obywanie się bez niej. Ma to być środek walki z grożącą epidemją cholery.

Pomijając wielką względność kryterjów, na zasadzie których woda jest oceniana jako chemicznie zła*), zapytać należy, jak się odbić musi na stanie zdrowia ludności pozbawienie jej wody, tego elementarnego środka hygienicznego.

Znający stosunki łódzkie wie, że w każdej chwili funkcjonuje u nas conajwyżej połowa istniejących studzien, a to dla tego, że wadliwie skonstruowane i nie podlegające żadnej stałej kontroli władz sanitarnych, psują się nieustannie i w tym stanie długo zostają; jeżeli dodamy do tego, że w wielu domach do rezerwoarów wodę ze studni pompować musi stróż domu, w którego prostym interesie leży jaknajwiększa liczba dni niefunkcjonowania studni, łatwo zrozumiemy, jak często mieszkańcy Łodzi są wogóle pozbawieni wody.

W chwili zaś grożącej epidemii nie słyszymy zgoła rozporządzenia, nakazującego kontrolę nad prawidłowem funkcjonowaniem studzien; mamy natomiast widoki, że niezależnie i obok braku wody, powodowanego przez chroniczne psucie się motorów, będziemy mieli szereg studzien zamkniętych z rozporządzenia władz sanitarnych, ponieważ ich woda okazała się chemicznie złą.

Zobaczymy, czy ta szalona szkoda, jaką zadaje się zdrowiu ludności Łodzi przez zamykanie studzien z tak zwaną „złą“ wodą, da się czemkolwiek usprawiedliwić, jeśli nie jest usprawiedliwiona chęcią dostarczenia ludności na miejsce wody złej — wody dobrej.

---

*) Za złą uważać należy wodę, w której znaleziono składniki odbiegające (ilościowo i jakościowo) od składników, zawartych w wodzie pochodzącej z tej samej miejscowości, a czerpanej przez studnie wzorowe. O ile wiemy, w Łodzi, takich wzorów składu wody, obowiązujące studnie łódzkie — niema. Otrzymywane przy badaniu wody dane porównywuje się ze schematycznemi danemi, wahającemi się w granicach bardzo znacznych.

Czy na zasadzie wyników badania chemicznego laboratorjum może właścicielowi danej posesji dać jakiejkolwiek bądź wskazówki, tyczące dróg i sposobów poprawy wody? Bezwzględnie nie.

Zawartość pewnej ilości wapna czy kwasu siarczanego może być zależną od własności gruntu — albo też od zanieczyszczeń; w pierwszym wypadku woda będzie dobrą, w drugim — „złą"; decyduje więc w ocenie nie wynik analizy ilościowej, tylko obejrzenie terytorjum studni. Jeśli w wodzie znajduje się amoniak, dużo substancji organicznych, obok wapna i chloru — woda będzie uznana za bardzo zanieczyszczoną. Jeśli się jednak wie, że dana woda pochodzi z gruntu torfiastego, leżącego na pokładzie wapiennym, wtedy tej samej wodzie żadnych zarzutów nie postawimy, uznamy ją za zdatną do użytku wewnętrznego.

Więc znajomość składowych części chemicznych, kwalifikujących wodę jaką „złą", nie pozwala na wnioskowanie o źródle i jakości zanieczyszczeń, a więc nie pozwala na wskazanie środków zaradczych.

Jednocześnie zaś żadna ze zwykłych części składowych w wodzie chemicznie zanieczyszczonej znajdywana nie może być uważana za bezpośrednio szkodliwą dla zdrowia.

Domieszka żelaza lub wapna szkodzić może osobnikowi nieprzyzwyczajonemu, dopóki się przewód pokarmowy do tych domieszek nie przystosuje. (Żelazo tylko w wielkiej obfitości spotykane może szkodzić). Alkalia nie wpływają na zdrowie. Kwasy związane z metalami nie są szkodliwe, a połączone z ziemiami alkalicznemi sprawiają twardość, szkodliwą tylko dla osób nieprzyzwyczajonych. Obecność kwasu azotnego, zwłaszcza zaś azotawego, nie świadczy, jak to mniemano dawniej, o małej zdolności (zanieczyszczonego) gruntu do utleniania związków azotawych, ponieważ odbywające się jednocześnie sprawy odtleniania nie pozwalają na wyprowadzenie żadnych w tym względzie wniosków. Amoniak powstawać może przez działanie związków żelaża na roślinność (czasem—kopalną).

Materje organiczne (gnijące) szkodzić mogą jedynie przez alkaloidy trujące; rozcieńczenie ich jest jednak tak wielkie, że tylko w wodzie już fizycznie odrażającej (bagna) znajdują się w silniejszem stężeniu. W tym kierunku ocenę wody dokonywują zmysły.

Jak o tem wspomniałem, ocena wody odbywa się w Łodzi na podstawie jednorazowego jej badania. Tymczasem jest rzeczą zrozumiałą i stwierdzoną, że woda może być zanieczyszczana z jakiegoś stałego źródła perjodycznie, a więc wynik jej badania jednorazowego jest od przypadku zależny; od częstej lub rzadkiej używalności studni zależy stopień zgęszczenia zawartych w niej zanieczyszczeń; chwilowe zasilenie studni wodą deszczową zmienia jej skład i stosunek ilościowy składników danej wodzie właściwych. Jednem słowem, chwilowe własności wody nie mogą stanowić podstawy do wyrokowania o wartości samej studni.

Ze wszystkich powyższych dowodów wniosek jedyny: ocena studni na zasadzie badania wody, badania w tej postaci, jakie się w Łodzi obecnie stosuje, nie ma wartości dla hygieny; takie badanie może

być właściwe jedynie przy poszukiwaniu jakiejść określonej trucizny (ołowiu, arszeniku, miedzi); jakiegoś zanieczyszczenia odpadkami chemicznymi przemysłu, lub przy sprawdzaniu wartości wody do danych celów przemysłowych potrzebnej.

Ocena wody studziennej z punktu hygienicznego powinna być oparta na *badaniu samej studni**). Tylko tą drogą można dojść do wniosków, pozwalających na podstawie niewskazań, mających na celu: *poprawę* wody danej studni.

Kardynalne żądania, jakie postawić należy każdej studni są 1) zwierciadło wody musi leżeć conajmniej o 4 metry niżej powierzchni gruntu; 2) ściany studni muszą być nieprzepuszczalne; 3) studnia musi być pokryta materjałem nieprzepuszczalnym; 4) powierzchnia gruntu wkoło studni musi być również nieprzepuszczalna; 5) wylot studni musi być oddalony o 2 — 3 metry od rury ssącej; 6) zbiorniki wody, gdzie takowe istnieją, muszą być kryte; 7) studnia znajdować się winna daleko od ustępów, stajen, zlewów i t. p.

Badanie studzien łódzkich należałoby przeprowadzić w sposób następujący:

O każdej studni powinno się wypełnić kwestjonarjusz takiej, mniej więcej, treści: 1) położenie studni w stosunku do ustępów, zlewów, kanałów deszczowych, rynsztoków — na poziomie i co do odległości; 2) nachylenie gruntu otaczającego studnię; 3) pokrycie studni, jego szczelność; 4) położenie wylotu; 5) budowa i stan ścian studni; 6) wysokość poziomu zwierciadła wody; 7 materjał i stan przyrządów do czerpania wody; 8) czy studnia nie jest zamulona; 9) czy nie przybiera po ulewnych deszczach; 10) stan rezerwoarów.

Odpowiedzi na powyższe pytania wcale nie wyczerpują naukowych sposobów oceny wody na zasadzie badania studzien; są one jednak w naszych warunkach jedynie w tych skromnych rozmiarach dostępne i na razie wykonalne.

Jedynie badanie mikroskopowe osadu wody dopełnić je powinno, dając pojęcie o zanieczyszczeuiu danej wody odpadkami gospodarstwa domowego (ziarna krochmalu, włókna zwierzęce, włókna roślinne i t. p.).

Na zasadzie tak ocenionego stanu studni należy dać wskazówki, jak doprowadzić studnię do poprawy.

Inna sprawa, jeśli już w czasie trwania epidemii dana studnia zostaje w podejrzeniu zarazy; wtedy należy ją bezzwłocznie zamknąć, poddać szczegółowemu badaniu specjalistów, a wodę badać bakterjologicznie i chemicznie.

W chwili obecnej jednak, jeśli sobie postawić za cel nie zamykanie studzien, lecz dostarczenie ludności wody w ilości jaknajwiększej i możliwie jakościowo dobrej należy:

A) Nakazać, by wszystkie studnie łódzkie stale i prawidłowo funkcjonowały, kontrolując to jaknajczęściej.

---

*) Tę sprawę poruszałem już w r. 1904 (S. Sterling. Hygieniczna ocena wody studziennej. „Medycyna" 1904. Str. 741). Niestety, gdy nam znów grozi epidemja cholery—wszystko odbywa się podług starych recept biurokracji sanitarnej.

B) Zarządzić oględziny i ocenę wszystkich studzien łódzkich.

*C) Na zasadzie wyników tych oględzin nakazać doprowadzenie studzien wadliwie zbudowanych, lub wadliwie funkcjonujących, do stanu gwarantującego czystość wody *).*

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 3 Czerwca 1908 r. Przewodniczący kol. Krusche. Sekretarz kol. Sonnenberg. Obecnych 26 osób.

Kol. Golc przedstawił 30-letnią kobietą oraz czworo jej dzieci, mających 1 i pół, 6, 9 i 11 lat. Zarówno u matki, jak i u dzieci. Kol. G. rozpoznał Xeroderma pigmentosum. Wymienione cierpienie istnieje tu od najpierwszych dni życia. Pomiędzy plamkami, barwy brunatnej, rozsianemi na znacznym obszarze skóry, tu i owdzie znajdują się miejsca zupełnie pozbawione barwnika. Guzów oraz innych zmian, prócz wymienionych plamek, u osób demonstrowanych przez kol. G., nie ma. Cierpienie występuje u matki w znacznie słabszym stopniu. Następnie kol. Krusche przedstawił 30-letniego mężczyznę, który przybył do kol. K. z przyczyny ropnia in reg. glutea i u którego kol. K. stwierdził przypadkowo zagłębienie, znajdujące się w środkowej linji ciała, poniżej os coccigis, w blizkości otworu stolcowego, dosyć szerokie, z łatwością bowiem można wprowadzić palec, 3—4 ctm. długie, ślepo zakończone. Omawiane zagłębienie, jak to już było zaznaczone, zostało przez kol. K. przypadkowo stwierdzone, chory bowiem nigdy w okolicy zagłębienia dolegliwości żadnej nie odczuwał; chory również nie przypomina sobie, aby z otworu, o którym mowa, pokazywała się kiedykolwiek wydzielina. Jest to więc, najprawdopodobniej, zboczenie wrodzone.

W dalszym ciągu przewodniczący odczytał list kol. Likiernika. Kol. L. zawiadamia w liście zarząd, że kol. Brudziński zaproponował mu, aby odsetki od kapitał ofiarowanego w swoim czasie przez kol. L., mogły być użyte na wydawnictwo dzieła Heubner'a, w tłomaczeniu polskiem. Kol. L. zaznacza, że w zasadzie nic nie ma przeciwko temu, jednakże pragnąłby, aby użytkowanie omawianego funduszu mogło być nadal ustalone aktem rejentalnym.

Po przeczytaniu powyższego listu wywiązała się ożywiona dyskusja. Dyskusja obracala się przeważnie około pytania, czy odsetki do powyższego funduszu mogą być użyte na wzmiankowane wydawni-

---

*) Po ożywionej dyskusji nad wyżej przytoczonym odczytem Tow. Hyg. uchwaliło:

1) Cała dotychczasowa akcja sanitarna w celu poprawy wody studzien łódzkich jest zupełnie nieodpowiednia i chybia celu.

2) Rzeczą pilną i niezbędną w dobie obecnej jest przeprowadzenie badań studzien łódzkich — zgodnie z wyżej przytoczonym planem.

ctwo i czy użycie pieniędzy na ten cel t. j. na cel społeczno-naukowy nie będzie pozostawało w sprzeczności z pierwotnym zamiarem zapisodawcy; fundusz bowiem, jak o tem świadczy sprawozdanie sekretarza Towarzystwa z r. 1900, został przez zapisodawcę w swoim czasie przeznaczony na cele humanitarne. Zdania w tej mierze były podzielone. Wobec jednakże faktu, że przeznaczenie omawianego funduszu nie było w swoim czasie dosyć ściśle określone, większość kolegów, którzy przyjmowali udział w dyskusji, oświadczyła się za tem, że rzecz tę należałoby bliżej określić. W dyskusji przyjmowali udział koledzy: K. Jasiński, Krusche, M. Cohn, Sterling, Sonnenberg, Litauer, Saks, Grosglik, Goldenberg, Pański i Silberstrom. Ostatecznie uchwalono, aby rozpatrzenie będącej w mowie sprawy i powzięcie w tej mierze uchwały, poruczyć Zarządowi Towarzystwa.

Posiedzenie z dnia 17 Czerwca 1907 r. Przewodniczący kol. Krusche. Sekretarz kol. Sonnenberg. Osób obecnych 18.

Kolega przewodniczący zawiadomił obecnych o śmierci D-ra Anastazego Sawickiego, prezesa niedawno powstałego Towarzystwa Lekarskiego w Siedlcach. Następnie kol. Goldman przedstawił 3-letnie dziecko z wrodzonem, obustronnem wywichnięciem stawu biodrowego. Dalej kol. Trenknerowa przedstawiła i w sposób wyczerpujący omówiła przypadek Mongolismu, a kol. Justman przedstawił 30-letniego mężczyznę u którego rozpoznał Polineuritis brachialis.

Po przedstawieniu wymienionych chorych przewodniczący zakomunikował Towarzystwu, że na posiedzeniu Zarządu Towarzystwa w dniu 15 Czerwca r. b. rozpatrywaną była sprawa funduszu kol. Likiernika, wspólnie z ofiarodawcą. Przewodniczący nadmienił, że kol. Likiernik uzupełnił kapitał do Rb. 300 i że Zarząd i ofiarodawca powzięli postanowienie, aby suma powyższa stanowiła kapitał żelazny, którego odsetki mają być obracane na zapomogi humanitarne i naukowe lekarskie w wysokości conajmniej rb. 50. Zarząd i ofiarodawca postanowili bliżej określić użytkowanie omawianego funduszu. Dalej przewodniczący dodał, że Zarząd uchwalił z rozporządzanej obecnie sumy przeznaczyć rb. 60 na wydawnictwo Heubnera w języku polskim („Lehrbuch der Kinderheilkunde").

W dyskusji nad przypadkiem demonstrowanym przez kol. Justmana, kol. Sonnenberg zwraca uwagę na charakterystyczne pęcherzyki, ułożone w grupy, znajdujące się na przestrzeni, odpowiadającej przebiegowi N. brachialis i rozgałęzień tegoż nerwu, na nagły początek cierpienia, któremu towarzyszyła nadczułość miejsc, dotkniętych sprawą chorobową, na mocne nerwobóle, które poprzedzały zjawienie się pęcherzyków. Ugrupowanie i kształt powyższych wykwitów, początek sprawy chorobowej i jej przebieg cykliczny, stanowią, zdaniem kol. Sonnenberga, znamienne objawy. Według kol. Sonnenberga przypadek, demonstrowany przez kol. Justmana jest to typowy przypadek półpaśca ramieniowego — Herpes Zoster brachialis.

W dyskusji przyjęli również udział koledzy: Koliński, Trenkner i Rosenthal. W końcu posiedzenia kol. Trenknerowa przedstawiła preparat serca z wadą wrodzoną.

Dr. Sonnenberg.

Towarzystwo Lekarskie Kieleckie.

Posiedzenie z dnia 3 lipca 1908 r.

Początek zebrania poświęcono pamięci zmarłego Prezesa Towarzystwa, kol. Anastazego Sawickiego; wspomnienie wygłosił kol. Józef Szawelski. Zebranie uczciło pamięć zmarłego przez powstanie. Odczytano wyjątek z teki pośmiertnej zmarłego: tłomaczenie z „Diagnostics of internal medicin“ Butler'a i „o analizie moczu“.

Kol. Sitkowski z Radzynia: *Kilka słów o intubacji na zasadzie 40 własnych spostrzeżeń.*

Na prowincji i wśród mało inteligentnej klijenteli miejskiej wciąż jeszcze zbyt często zdarzają się wysoce zaniedbane wypadki dyfterytu krtani, które pomimo surowicy wymagają interwencji chirurgicznej. Wykazawszy wyższość, nad tracheotomiją, intubacji, autor dokładnie opisuje technikę tej ostatniej. Uważa za najlepsze instrumentarjum oryginalne Collin'a; jest stanowczym przeciwnikiem pozostawiania nitki; ekstubacji dokonywa zawsze za pomocą t. z. enukleacji palcem: zawsze był wzywany z powodu wykształszenia przedwczesnego rurki, nigdy zaś z powodu jej zatkania. Na 40 swoich wypadków miał 14 zejść śmiertelnych t. j. 35%. Naiczęstszą przyczyną śmierci była pneumonia (8 razy, t. j. 57% ogólnej śmiertelności). Najwięcej (bo 10 t. j. 71% ogólnej śmiertelności) dzieci umarło w wieku niżej 2-ch lat. Śmierć następowała zwykle przed upływem 3 dób (13 razy), jedno dziecko tylko zmarło po tym okresie czasu (na 9-ty dzień, wskutek spóźnienia się z nową intubacją po wykształszeniu rurki). Raz śmierć nastąpiła w chwili samej operacji — wskutek złego zaintubowania. 26 wypadków zakończyło się pomyślnie, wśród nich 7 wypadków było tak ciężkich, że intubację trzeba było zrobić odrazu, jeszcze przed wstrzyknięciem surowicy. Najczęściej czas trwania intubacji wynosił 96—172 godzin z kilkakrotną ekstubacją i intubacją, raz 192 godziny, a raz aż 411 godzin. Te ostatnie dzieci są obecnie zupełnie zdrowe i żadnych zaburzeń ze strony krtani nie wykazują (w pierwszym wypadku upłynęło od intubacji 2 lata, w drugim 1½ roku). Niewątpliwych odleżyn pomimo tak długiego czasu trwania intubacji autor nie obserwował wcale, raz tylko przypuszczał je; (dziecko 1 roczne, rurka siedziała 216 godzin, wielokrotnie była wykształszoną i na 9-ty dzień wskutek spóźnienia się z intubacją po wykształszeniu rurki dziecko zmarło). Jako curiosum autor cytuje ze słów D-ra Biernackiego z Lublina wypadek, w którym rurka siedzi w krtani 3 lata (dziecko obecnie 7-mio letnie). W tym wypadku ma być w tych dniach dokonaną laryngofissura. Wogóle autor zbytnio nie obawia się odleżyn i dla tego nie jest zwolennikiem wtórnej tracheotomji jedynie wskutek zbyt długiego czasu trwania intubacji i radzi cierpliwość. W konkluzji dochodzi do wniosków, wśród których ważniejsze są: 1) Nawet

w przypadkach zupełnie beznadziejnych, intubacja jest w stanie uratować prawie połowę dzieci (ściśle 43%); 2) Croup descendens po intubacji zdarza się rzadko; 3) nitki nigdy nie należy zostawiać; 4) intubacja powinna być wykonywana przez każdego lekarza praktyka na równi z nakładem kleszczy porodowych, tamowaniem krwotoków i innymi zabiegami, bezpośrednio ratującymi życie. (Autoreferat).

W dyskusji zabierali głos przeciwnicy i zwolennicy intubacji. Pierwsi twierdzili, że koledzy w Warszawie ogromnie rzadko stosują intubację—i wogóle nie są jej zwolennikami; niektórzy znów twierdzili, że w swojej praktyce w ciągu 2-ch lat, nie stosując intubacji, mieli ten sam procent śmiertelnych wypadków, co i prelegent, stosując intubację. Zwolennicy intubacji, zgodnie z prelegientem, uważali ją za operację konieczną, gdyż przeczy powołaniu lekarskiemu patrzeć na konanie dziecka, które prostą operacją uratować można. Tracheotomja bowiem do prostych i łatwych nie może być zaliczona. Zdaje się jednak, że —jak to wyraził prelegent — cała kwestja i cały spór pochodzi z nierównych warunków kulturalnych i ekonomicznych tej sfery ludzi, która otacza danego lekarza: w okolicach, gdzie lud jest zamożniejszy i kulturalniejszy, rodzice wcześnie udają się po surowicę, wskutek czego konieczność intubacji eo ipso spada do minimum. Gdzie tego niema, tam intubacja musi należeć do zabiegów, którymi każdy lekarz władać powinien i nawet musi, o ile chce odpowiadać godnie swemu powołaniu.

Referat był obficie ilustrowany.

Sekretarz *St. Wąsowski.*

Na miejsce zmarłego prezesa wybrany został kol· Józef Szawelski z Siedlec, na wiceprezesa -- kol· Adam Jarosiński, ze Sterdyni, zaś na 3-ego członka zarządu — p. prowizor Alfons Wierzbięta.

Ustawa „Ligi przeciwgruźliczej“ w Łodzi.

I. Nazwa, siedlisko i cel Towarzystwa.

§ 1. Celem Ligi przeciwgruźliczej jest:

a) przeciwdziałanie — za pomocą wszelkich przez naukę i doświadczenie wskazanych środków—szerzeniu się gruźlicy;

b) umożliwienie leczenia się ludziom zagrożonym gruźlicą i chorym na gruźlicę;

c) opiekowanie się rodzinami chorych na gruźllcę;

d) prowadzenie badań naukowych nad istotą gruźlicy i nad środkami jej leczenia.

§ 2. Siedzibą Ligi jest Łódź. Działalność Ligi rozciąga się na Łódź i powiat łódzki.

§ 3. W celu urzeczywistnienia swych zadań Liga (zachowując istniejące przepisy prawne i zarządzenia państwowe):

a) zakłada i utrzymuje sanatorja dla niezamożnych i ubogich,

zagrożonych gruźlicą i chorych na gruźlicę, zakłada dla tychże letniska;

b) dopomaga w tworzeniu i utrzymywaniu takich zakładów przez osoby pojedyńcze i instytucje;

c) dąży do tworzenia przy szpitalach specjalnych oddziałów dla zagrożonych gruźlicą i chorych na gruźlicę, dopomagając do ich założenia i utrzymania;

d) urządza ambulatorja dla piersiowo chorych;

e) opiekuje się zagrożonymi gruźlicą i chorymi na gruźlicę w ich mieszkaniach;

f) opiekuje się rodzinami chorych na gruźlicę, przebywających w lecznicach;

g) popularyzuje wiadomości o sposobach zwalczania gruźlicy;

h) wpływa na instytucje społeczne, stowarzyszenia, zakłady przemysłowe i dopomaga im w walce z gruźlicą;

i) zakłada laboratorja, biblioteki, muzea, zbiera dane statystyczne w zakresie swych zadań i celów, utrzymuje apteki, składy apteczne i inne zakłady, odpowiadające celom Ligi;

§ 4. Liga przeciwgruźlicza stanowi osobę prawną, może posiadać wszelki majątek ruchomy i nieruchomy, a tem samem może dokonywać wszelkich przez prawo dozwolonych cywilnych tranzakcji.

Liga może wydawać swym członkom żetony.

II. Skład Towarzystwa.

§ 5. Członkami Ligi mogą być osoby zarówno prawne jak i fizyczne, te ostatnie bez różnicy płci, o ile skończyły lat 21.

Uwaga: Jeśli członkiem Ligi zostaje osoba prawna, bierze ona udział w czynnościach Ligi przez wybranego dla tego celu przedstawiciela.

§ 6. Liga składa się z członków:

a) *honorowych*, mianowanych przez Ogólne Zebranie na wniosek Rady z liczby osób szczególnie zasłużonych na polu walki z gruźlicą lub w pracach Ligi;

b) *czynnych*, przyjętych przez Radę, opłacających składkę w ilości najmniej dwu rubli rocznie.

§ 7. Wszyscy członkowie, którzy opłacili składkę bieżącą, mają prawo uczestniczenia i głosu w zebraniach Ogólnych: tak dorocznych, jak i nadzwyczajnych.

§ 8. Członkowie czynni, którzy nie opłacili składki w ciągu jednego roku, uważani będą za wykreślonych z liczby członków Ligi z prawem ponownego wstąpienia na zasadach ogólnych.

§ 9. Wykluczenie członka bezpośrednio przez Radę następuje wówczas, gdy członek działa na szkodę Ligi lub popełni czyn uwłaszczający czci obywatelskiej.

III. Majątek Towarzystwa.

§ 10. Majątek Ligi tworzy się:

a) z jednorazowych ofiar w pieniądzach i naturze;

b) z rocznych składek członków;

c) z dochodów z urządzonych przez Ligę zabaw, przedstawień, loterji, koncertòw, odczytów i t. p.;

d) z dochodów od kapitałów i innego majątku Ligi;

e) z sum pobieranych za korzystanie z zakładów Ligi;

f) z ofiar ze skarbonek, jakie Liga ma prawo umieszczać w instytucjach i u osób prywatnych.

§ 11. Fundusze Ligi dzielą się:

a) na kapitał żelazny;

b) kapitał obrotowy;

c) fundusze secjalne.

§ 12. Kapitał żelazny powstaje:

a) z ofiar, darowizn i legatów, przewyższających sumę rubli 500, lub mniejszych, lecz specjalnie na kapitał żelazny przeznaczonych;

b) z procentów i potrąceń na korzyść tegoż kapitału, określanych przez Zebranie ogólne.

Uwaga: Użycie sum kapitału żelaznego, przeznaczenie ich na budowę lub nabycie nieruchomości, jak również lokowanie, może być uskuteczniono jedynie za zgodą Zebrania Ogólnego.

§ 13. Kapitał obrotowy powstaje:

a) ze wszystkich wpływów Ligi, nie przeznaczonych i nie podlegających zachowaniu na kapitał żelazny i fundusze specjalne;

b) z procentów od kapitału żelaznego.

§ 14. Fundusze specjalne powstają:

a) z ofiar, darowizn i legatów, przyjętych przez Ligę ze ściśle oznaczonym celem;

b) z części dochodów Ligi na fundusze te przeznaczonych przez Zebranie Ogólne.

§ 15. Kapitał żelazny i fundusze specjalne umieszczane być winny w papierach publicznych, przez rząd gwarantowanych, listach zastawnych Tow. Kredytowego Ziemskiego lub Tow. Kredytowego m. Łodzi — lub też składane na lokatę procentową w Banku Państwa albo też pierwszorzędnych bankach i instytucjach finansowych — podług orzeczenia Zebrania ogólnego.

W kasie Ligi mogą być przechowywane jedynie sumy niezbędne na wydatki bieżące; pozostała suma kapitału obrotowego winna być umieszczoną na rachunku bieżącym w Banku Państwa lub w pierwszorzędnych instytucjach finansowych.

IV. Organizacja Towarzystwa.

§ 16. Sprawami Ligi kierują:

a) Zebranie Ogólne.

b) Rada Ligi.

§ 17. Zebrania Ogólne bywają zwykłe i nadzwyczajne.

Zwykłe Zebrania Ogólne odbywają się w mies. listopadzie każdego roku, w celu rozpatrzenia i zatwierdzenia budżetu dochodów i rozchodów Towarzystwa na rok następny, i w marcu, w celu rozpatrzenia sprawozdania o działalności Towarzystwa i wniosków Komisji Rewizyjnej za rok ubiegły, jakoteż w celu wyboru Komisji rewizyjnej na

rok bieżący i nowych członków Rady na miejsce ustępujących. Nadzwyczajne Zebranie Ogólne zwołuje się: a) na skutek uchwały Rady; b) na skutek żądania Komisji Rewizyjnej; c) na skutek piśmiennej propozycji, wniesionej do Prezesa Rady przez nie mniej niż 50 rzeczywistych członków Towarzystwa. Na każdem zwykłem zebraniu ogólnem winien być przeczytany referat, mający związek z celami Ligi.

§ 18. O dniu, godzinie i miejscu Zebrań Ogólnych a także o przedmiotach podlegających rozpatrzeniu, zawiadamia się w odpowienim czasie przedstawiciela policji miejscowej i publikuje w gazetach miejscowych przynajmniej na dwa tygodnie przed Zebraniem.

§ 19. Zebraniu Ogólnemu przewodniczy jeden z członków Ligi, wybrany przez toż Ogólne Zebranie.

§ 20. Dla prawomocności uchwał Zebrania Ogólnego niezbędną jest obecność nie mniej jak $^{1}/_{6}$ rzeczywistych członków Ligi.

§ 21. Jeśli Zebranie Ogólne nie przyszło do skutku z powodu nieprzybycia określonej liczby członków, wówczas zwołuje się ono powtórnie w terminie oznaczonym przez Radę, lecz nie wcześniej jak po dwóch tygodniach. Zebranie to uważa się za prawomocne niezależnie od liczby przybyłych członków, o czem zawiadamia się wszystkich członków Ligi przez ogłoszenia.

§ 22. Sprawy na Zebraniach Ogólnych rozstrzyga się prostą większością głosów. Dla rozstrzygnięcia spraw o zmianie ustawy i o zamknięciu Ligi konieczna jest większość $^{2}/_{3}$ głosów uczestnikow obecnych na Zebraniu.

§ 23. Do Zebrań Ogólnych należy:

a) wybór członków honorowych Ligi, członków Rady, kandydatów i 3-ch członków Komisji Rewizyjnej;

b) rozpatrzenie i zatwierdzenie sprawozdania rocznego Rady Ligi, projektów i budżetu na rok następny jakoteż i protokółu Komisji rewizyjnej;

c) rozpatrzenie i uchwalenie wszystkich spraw przedstawionych przez Radę;

d) odliczenie sum od kapitału zapasowego i specjalnego, jakoteż uchwały co do wydatkowania tych kapitałów;

e) zatwierdzenie przedstawionych przez Radę przepisów dla organów Ligi;

f) pozwolenie Radzie nabycia lub pozbycia się nieruchomości;

g) rozpatrzenie spraw, dotyczących zmiany ustawy Ligi.

§ 24 Protokół Zebrania Ogólnego, sporządzony przez Sekretarza Ligi, powinien być zatwierdzony na najbliższem posiedzeniu Rady i podpisany przez przewodniczacego Zebraniu, a prócz tego przez dwóch członków (asesorów) wybranych w tym celu na odbytem zebraniu — oraz przez Prezesa i Sekretarza Rady.

§ 25. Siedzibą Rady jest m. Łódź.

§ 26. Rada składa się z 12 członków wybranych przez Zebranie Ogólne z liczby członków Ligi. Prócz tego wybiera się trzech zastępców. Wszyscy otrzymać muszą przynajmniej połowę głosów obecnych. Głosowanie z pełnomocnictwa ogranicza się do jednego głosu dla każdego z obecnych.

§ 27. Skład członków Rady zmienia się co 3 lata — przy czem co rok ustępuje $^1/_3$ członków, jakoteż i jeden zastępca. W ciągu pierwszych dwóch lat członkowie ustępują przez losowanie, następnie według starszeństwa zasiadaniu w Radzie, przyczem ustępujący mogą być wybierani na nowo.

§ 28. Do Rady należą obowiązki organizacyjne i wykonawcze, nieodłączne od działalności Ligi, w szczególności zaś:

a) zarząd instytucjami Ligi; staranie się o powiększenie środków Ligi, jakoteż wykonanie uchwał Zebrania Ogólnego, dotyczących nabycia, alienacji ruchomego lub nieruchomego majątku i zarządu nim;

b) zawiadywanie funduszami Ligi i ich wydatkowaniem w granicach budżetu, zatwierdzonego przez Zebranie Ogólne, wnoszenie kapitałów Ligi do instytucji kredytowych i podnoszenie tychże kapitałów;

c) wybór członków czynnych;

d) zwoływanie Zebrań Ogólnych;

e) układanie planu działalności Ligi, budżetu dochodów i rozchodów na rok następny;

f) układanie i przedstawianie Zebraniu Ogólnemu sprawozdań rocznych, dotyczących działalności Ligi;

g) układanie projektów oraz instrukcji dla organów Ligi jakoteż kierownictwo i nadzór nad ich czynnościami;

h) wyznaczenie w imieniu Ligi pełnomocników do spraw juryzdykcyjnych i sądowych.

§ 29. Rada określa porządek i wyznacza termin swoich posiedzeń i ma prawo zapraszać na nie członków Ligi, jakoteż i osoby postronne.

§ 30. Uchwały Rady zapadają prostą większością głosów członków obecnych na posiedzeniu; przy równości głosów przeważa głos prezesa. Tylko te posiedzenia Rady są prawomocne, na których było obecnych niemniej, aniżeli połowa członków Rady, nie licząc prezesa.

§ 31. Rada wśród siebie wybiera: prezesa, wiceprezesa, skarbnika i sekretarza.

§ 32. Prezes Rady utrzymuje w imieniu Rady korespondencje z odpowiedniemi instytucjami i osobami. Wiceprezes zastępuje prezesa w razie jego nieobecności. Sekretarz zawiaduje załatwianiem spraw Rady i Ogólnego Zebrania. Skarbnik ma nadzór nad funduszami Ligi i wydatkuje je nie inaczej, jak na zasadzie asygnacji, opatrzonych podpisem prezesa i sekretarza Rady, lub jednego z członków Rady, uproszonego przez niego o zastępstwo.

§ 33. Wybrana na dany rok Komisja Rewizyjna rewiduje kasę, książki, dokumenty, majątek Ligi conajmniej raz na kwartał, jak również sprawdza roczne sprawozdanie Rady i przedstawia Zebraniu Ogólnemu rezultaty rewizji.

V. Likwidacja.

W razie zamknięcia Ligi ostatnie Zebranie Ogólne w składzie przynajmniej połowy członków czynnych decyduje o przeznaczeniu należących do Ligi kapitałów i innego majątku. W razie nieobecności

dostatecznej liczby członków, zwołuje się po upływie dwóch tygodni od pierwszego terminu powtórne Ogólne Zebranie, które ma moc decydowania o majątku Ligi bez względu na liczbę przybyłych na Zebranie członków.

KRONIKA.

(№ 86). Dnia 10-go i 11-go b. m. odbył się w Krakowie XV Zjazd chirurgów polskich pod przewodnictwem stałego prezesa Zjazdów prof. Ludwika Rydygiera. Na wiceprezesa został powołany profesor L. Kryński. Obrady odbywały się w pięknie urządzanej klinice prof. Kadera. Drugiego dnia przybył prof. Kosiński. Z Warszawy przybyli nadto kol. Leśniowski i Jakimiak. W Zjeździe uczestniczyli prawie wszyscy chirurdzy lwowscy i krakowscy, oprócz wielu prymarjuszów szpitali prowincjonalnych.

(№ 87). W dniu 3 lipca w sali posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się uroczyste posiedzenie ku czci i pamięci zmarłego przed rokiem ś. p. prof. Henryka Hoyera.

Posiedzenie zagail prezes Towarzystwa kol. Kamocki w nader podniosłych i gorących wyrazach. Następnie kol. Pruszyński w nadzwyczaj umiejentnej, aczkolwiek dostępnej formie streścił szereg prac ś. p. Hoyera, jak również prac, dokonanych przez uczniów Jego już to w pracowni uniwersytetu tutejszego, za czasów kiedy ś. p. Hoyer był profesorem w Szkole głównej i w Uniwersytecie, już to kiedy był kierownikiem pracowni naukowej przy Towarzystwie lekarskiem. Na ogólnej charakterystyce jako uczonego i na znaczeniu Jego prac dla przyszłych pokoleń lekarskich zakończył swe piękne przemówienie kol. Pruszyński. Następny mówca kol. Henryk Nussbaum streścił szereg prac ś. p. Hoyera, charakteryzując działalność zgasłego profesora, jako filozofa, mędrca i poety. („Medyc.“)

(№ 88). W dniu 4 lipca r. b. wobec zgromadzonych licznie kolegów odbyło się poświęcenie tablicy pamiątkowej w pawilonie pierwszym szpitala D-ka Jezus w Warszawie, tablicy, ufundowanej staraniem uczniów i współtowarzyszów pracy ś. p. Władysława Krajewskiego, ku czci jego wykonanej. Po przemówieniu kol. Adama Karczewskiego oraz naczelnego lekarza szpitala D-ka Jezus kol. Karwowskiego odsłoniętą została płaskorzeźba, na której widnieje postać ś. p. Krajewskiego, udzielającego pierwszej pomocy choremu.

Płaskorzeźba wykonana została przez artystę rzeźbiarza, p. Woydygę. („Medyc.“)

(№ 89) Dnia 30 czerwca obchodzony był uroczyście jubileusz 50-letniej pracy lekarskiej prof. Juljana Kosińskiego w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem. Po przemówieniu prezesa d-ra Kamockiego zabrał głos prof. Kader w imieniu wydziału lekarskiego Uniw. Jag. i Towarzystwa Lekarskiego

Krakowskiego; następnie mówił dr. Krusche w imieniu Towarzystwa Łódzkiego i wręczył Jubilatowi dyplom na członka honorowego tegoż Towarzystwa. Przemawiali dalej: dr. Szteyner imieniem b. uczniów i asystentów, dr. Kijewski skreślił działalność nauczycielską i naukową prof. Kosińskiego. Poczem zabrali głos przedstawiciele Towarzystw, a mianowicie: od Towarzystwa Naukowego Warszawskiego dr. Bączkiewicz, od Pogotowia Ratunkowego dr. J. Zawadzki, od Kasy wdów i sierot po lekarzach dr. Jakowski, wreszcie Sekretarz Stały Towarzystwa zaznaczył działalność Jubilata jako członka Towarzystwa, Nadesłano 200 telegramów z kraju i z zagranicy.

Uroczystość zakończyła się przemówieniem Jubilata.

Prof. Kosiński z okazji jubileuszu ofiarował rb. 2000 na zasilenie funduszu pracowni Warszawskiego Tow. Lek.

Komitet jubileuszowy stanowili koledzy: Dmochowski, Jaworski, Janowski, Kryński, Fr. Kijewski, Solman i Szteyner.

Przemówienie delegata Towarzystwa naukowego, d-ra Pruszyńskiego podajemy *in extenso*:

Czcigodny i Dostojny Panie

Cechą poznawania naukowego jest szukanie pawdy bez oglądania się na korzyść bezpośrednią, jakąby z niej ludzkość osiągnąć mogła. Wszakże nie trzeba chyba dowodzić, że ci, którzy pracują w świątymi wiedzy, są bezwiednymi może ludzkości dobroczyńcami, albowiem kultura jest jednym z najdroższych jej skarbów, a najgłówniejszem rozwoju jej źródłem jest rozwój nauki.

Zapewne, że czcigodne bardzo i skuteczne usiłowania poprawy doli człowieczej nie są w bezpośrednim związku z nauką, istnieją jednakże pewne dziedziny pracy duchowej, w których podają sobie rękę dwa współczesne świadome dążenia: zdobywania prawdy dla prawdy i zdobywania prawdy dla poprawy losu człowieka.

Dwie te dziedziny umysłowości stanowią: wiedza socjalno-polityczna i wiedza lekarska. Ani każdy działacz społeczny, ani każdy lekarz wybitny, nawet dużym obdarzony talentem, nie jest jeszcze kapłanem w wielkiej świątyni nauki, ale są bezwątpienia w obu tych dziedzinach pracownikami, którzy mają niezaprzeczone prawo i do wdzięczności społeczeństwa za bezpośrednio przyniesione mu korzyści do miejsca zaszczytnego w świetlanym areopagu mężów nauki.

Ty, Czcigodny Panie, należysz właśnie do tego szeregu nielicznych jednostek. Pracując w trudnej, a tak pożytecznej dziedzinie sztuki lekarskiej, zdobyłeś sobie zaszczytne miejsce w nauce polskiej, i to nietylko w tem znaczeniu, że sztukę, którą doprowadziłeś do niedościgłej niemal doskonałości, oparłeś na poważnych i głębokich badaniach anatomji i patologji, ale w samej swej działalności lekarskiej, dzięki niepospolitej sumienności, zdumiewającej spostrzegawczości, trzeźwości sądu i logice wnioskowania, podniosłeś metodę swoich badań klinicznych do godności metody naukowej, wzbogacając jednocześnie wieloma przyczynami naukę patologji, jednej

z bardzo ważnych dyscyplin wiedzy biologicznej.

Pochłonięty przewodnią ideą udoskonalenia srodków, dążących do zwalczania najdonioślejszych klęsk życia naszego: cierpienia i bólu, nie tylko odczuwałeś zawsze gorąco doniosłość poszukiwań naukowych, zwłaszcza tych, które w ciągu długiego okresu twojej wielce owocnej działalności torowały nowe badań drogi lub przekształcały doszczętnie uznane raz poglądy, lecz dokonałeś również szeregu prac, które dzięki ścisłości i umiejętności spostrzegania slanowią cenny dobytek naukowy.

Jedne z nich dotyczyły pewnych prawd anatomicznych i fizjologicznych, np. spostrzeżenie o połączeniu gałęzi trzewowych z gałęziami ściennemi aorty brzusznej inne — ciekawych zboczeń w rozgałęzieniu się wielkich naczyń krwionosnych, jeszcze inne — liczne spostrzeżenia, związane z historją naturalną nowotworów lub spraw zapalnych obok bogatego materjału klinicznego, dającego obrazy przebiegu zmian w ustroju schorzałym.

Ale nie tylko bezpośrednie przyczynki do nauki dają Ci, Czcigodny Panie, prawo do wyrażenia hołdu, ale i ta okoliczność, że byłeś nie tylko dzielnym lekarzem, niepospolicie utalentowanym misternym chirurgiem, lecz że zajmowałeś również katedrę w drogocennej nam wszystkim uczelni polskiej, byłeś profesorem w sławnej naszej Szkole Głównej, a karjerę tę naukową rozpocząłeś już w Akademji Medyko-Chirurgicznej Warszawskiej, jako prosektor przy boku wszechświatowej sławy anatoma naszego, L u d w i k a H i r s z f e l d a.

Już na tem stanowisku nie tylko sam pogłębiałeś swą wiedzę naukową, lecz szerzyłeś tę wiedzę i zamiłowanie do niej wśród szerokich kół Swoich słuchaczy, a w całej działalności profesorskiej dążeniem Twojem była troska z jednej strony, aby praca zawodowa opierała się na poważnym fundamencie naukowym, aby młodzież lekarska postęp nanki ceniła, z drugiej zaś strony—aby sztandar nauki czystej, nauki twórczej wysoko powiewał nad całokształtem naszej Szkoły Głównej.

Dla ludzi zwłaszcza nauki, czy przedmiotem studyów ich będzie astronomia, czy geografja, czy biologia, czy choćby dzieje rodzaju ludzkiego, małą czasu cząsteczką wydaje się stulecie, ale i dla mężów nauki żywot ludzki jest tą olbrzymią przestrzenią, w której zanadto mieścić się może cierpień za wiele rozczarowań, a zawsze za mało miejsca, za ciasno dla gorących dążeń poznawania.

I dlatego całe pół wieku przeżyte w mrówczej, gorliwej pracy, całe pół wieku przeżyte w dążeniu do prawdy, czy będzie ona prawdą w znaczeniu czystej nauki, cyy też prawdą zdobytą przez sztukę, która ją jednak z materjału prawd naukowych wykuwa, takie dostojne pół wieku pracy budzi głębokie w każdym myślącym człowieku wzruszenie, a pół wieku pracy tak pożytecznej i tak doniosłej jak Twoja, Czcigodny Panie, pobudziła Warszawskie Towarzystwo Naukowe do złożenia Ci w dniu jubileuszu Twojej 50-letniej działalności naukowej i lekarskiej głębokiego wyrazu czci, hołdu, oraz życzenia, abyś długo, długo jeszcze w sprawności fizycznej i duchowej zaszczy-

cał i radował grono jego członków i całe nasze społeczeństwo. („Gaz. Lek.“)

(№ 90) Cholera szerzy się w Cesarstwie od początku Sierpnia i coraz szersze zatacza kręgi; ostatnio meldowano już przypadki cholery w Moskwie i Kijowie.

(№ 91). Posiedzenie Delegacji stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich odbyło się w Krakowie d. 12. VII. b. r. Na posiedzenie przybyli: prezes r. dw. Dr. Merunowicz i wiceprezes prof. Dr. Bylicki ze Lwowa, Prof. Dr. Kosiński z Warszawy, Dr. August Kwaśnicki, Prof. Dr. Ciechanowski i Prof. Dr. Godlewski z Krakowa. Nie mógł przybyć tylko jeden członek delegacji z Poznania. Stosownie do ustawy Zjazdów uchwaliła Delegacja, że najbliższy XI. Zjazd ma się odbyć stanowczo w r. 1910 i to, zgodnie z uchwałą ostatniego Zjazdu, w Warszawie, ku czemu Delegacja wszelkich dołoży starań; gdyby te jednak nie odniosły skutku, odbyłby się XI. Zjazd w tymże roku w Krakowie.

(№ 92). Wystawa higieniczna w Lublinie otwarta zostanie 12 września b. r. Wystawa budzi żywe zajęcie w Królestwie Polskiem i poza jego granicami; dotąd zgłosiło się już przeszło 200 wystawców. Podczas wystawy, która potrwa do 4 X., odbywać się będą od 26 do 28 IX obrady higienistów z całego kraju ku uczczeniu dzięsięciolecia istnienia Towarzystwa higienicznego. Dotychczas na Zjazd ten zgłosili wykłady: Dr· Malewski i Tołwiński (Lublin), Rutkowski (Płock), Maciesza (Płock), Certowicz (Włocławek), Sochaczewski (Dęblin), Klarner (Bełżyce), Sterling (Łódź), Tymiński (Lublin), Bączkiewicz (Warszawa), W. Puławskt (Radziejów), A. Puławski (Nałęczów), Michałowski (Zelechów), Michelis (Chełm), Gorbaczewski (Turobin), Horodyski (Potok), i t. d. Program obrad obejmuje następujące działy: 1) O stanie zdrowotnym i potrzebach wsi. 2) O stanie zdrowotnym Lublina i miast większych i mniejszych. 3) Walka z chorobami zakaźnemi. 4) Walka ze śmiertelnością dzieci. 5) Popularyzacja higieny. 6) Gimnastyka i sport. („Przeg. lek.“)

(№ 93) Pomiędzy 25—29 września r. b. podczas trwania wystawy higienicznej w Lublinie odbędzie się Zjazd hygienistów.

Program Zjazdu jest następujący:

25 września.

9 wieczór. Przyjazd gości do Lublina i powitanie ich przez przedstawicieli Lubelskiego oddziału Warsz. Tow. Hig.

10 wieczór. Luźne zebranie w Resursie Kupieckiej ku zaznajomieniu się uczestników Zjazdu.

26 września.

9 rano. Nabożeństwo w Katedrze i zwiedzenie Katedry.

11 rano. Otwarcie Zjezdu w teatrze.

a) Zagajenie posiedzenia przez przewodniczącego oddziału.
b) Wybór prezydjum Zjazdu.
c) Powitanie gości zjazdowych od miasta.
d) Zaproszenie od Komitetu wystawowego do zwiedzenia wystawy.
e) Odczyt d-ra Polaka o 10 let. działalności Towarzystwa.

4 po południu. Zwiedzenie wystawy i miasta.

9 wieczór. Bankiet dla gości zjazdowych.

27 września.

Od 9 — 12 i od 4 — 7. Posiedzenie Zjazdu w sali Towarzystwa Higienicznego.

8 wieczór. Wieczornica Tow. Muzycznego dla gości.

Po wieczornicy wspólna kolacja dla życzących.

28 września.

Od 9 — 12· Posiedzenie sekcyjne w sali Tow. Hig.

Od 2 — 4. Odczytanie uchwał i zamknięcie Zjazdu.

Od 4 — 6. Zwiedzenie miasta.

8 wieczór. Przedstawienie teatralne. Po przedstawieniu wspólna kolacja dla życzących.

29 września.

6 m. 53 rano. Wyjazd do Nałęczowa. Zwiedzenie Nałęczowa i ewent. Kazimierza.

5 m. 11 po poł. Wyjazd z Nałęczowa w kierunku Warszawy.

Z referatami na Zjazd zgłaszać się należy do Rady Towarzystwa w Warszawie.

(№ 94). Dnia 18-go b. m. X. Biskup Ruszkiewicz poświęcił fundamenty nowobudującego się pawilonu dla chorych umysłowych w Drewnicy. Pawilon, wzniesiony z zapisu ś. p. Wiemanowej, pomieści 50 łóżek; w ten sposób w szpitalu znajdzie przytułek 200 chorych umysłowych. Tak pomyślny rozwój instytucja zawdzięcza energji Komitetu i kuratora kol. Rychlińskiego. Lekarzem miejscowym jest kol. Knoff.

(№ 95). Na organizacyjnem zebraniu Warszawskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego, odbytem w d. 15 VI. 1908 pod przewodnictwem prof. Kosińskiego, wybrano 12 członków Rady i 4 zastępców; wśród nich wybrani zostali z lekarzy: Dr. A. Sokołowski, Dunin, Hewelke, J. Jaworski, B. Dębiński, Geisler, Chodecki. Na pierwszem zaś posiedzeniu Rady w d. 20. VI. wybrano prezesem Dr. Alfreda Sokołowskiego. Na temże posiedzeniu wybrano kilka komisji (finansową, redakcyjną i t. p.) zajmowano się sprawą rozpowszechnienia broszury Dr. Łagowskiego, sprawą odkażania mieszkań w letniskach i nadzoru nad mlekiem.

(№ 96) Towarzystwo: „Liga przeciwgruźlicza w Łodzi uzyskało zatwierdzenie ustawy.

Wzorowana na warszawskiej różni się jednak ustawa łódzka tem, że uznaje tylko jednę kategorję członków; wszyscy mianowicie członkowie płacą po dwa ruble rocznie i wszyscy korzystają z prawa głosu.

Tak zadecydowali przedstawiciele istniejących w Łodzi stowarzyszeń naukowych, społecznych i zawodowych, powołani do narad nad projektem ustawy przez inicjatorów.

(№ 97). Grono osób, zajmujące się sprawą założenia w Otwocku sanatorjum dla dzieci, zagrożonych gruźlicą, postanowiło na zebraniu u Dr. Chodeckiego z udziałem Dr. Sokołowskiego, Bączkiewicza, Łapińskiego i Roszkowskiego, pomimo szczupłości funduszów, otworzyć na razie zakład na małe rozmiary.

(№ 98). W początkach października r. b. będzie otwarte sanatorjum dla chorych piersiowych w Rudce (gub. Warszawska, stacja poczt. i kol. Mrozy D. Ż. N.) Do zakładu będą przyjmowani tacy chorzy, co do których można będzie przypuszczać, że leczenie hygieniczno-dyetetyczne może poprawić im zdrowie i przywrócić zdolność do pracy, oraz że stan ich sił będzie im pozwalał na ca-

łodzienny pobyt na wolnem powietrzu.

Chorzy na gruźlicę płuc będą przyjmowani tylko w I i II okresie choroby (według Turban'a). Nie należy kierować do zakładu i narażać na przykry zawód chorych z wysoką gorączką, trwającą dłużej niż 2 miesiące, zwłaszcza o typie hektycznym, z ciężkimi objawami rozpadowymi (*phtisis florida*), wreszcie przypadki z poważnemi powikłaniami, zwłaszcza z rozwiniętą gruźlicą innych narządów, oprócz płuc, zapaleniem nerek, moczówką cukrową, oraz ciążą w 2-ej połowie. Sanatorjum będzie otwarte w ciągu całego roku. Opłata w zakładzie będzie wynosiła: za mieszkanie, całkowite utrzymanie, razem z praniem, opieką lekarską, zabiegami hydropatycznemi, oraz lekarstwami po 1 rb. 50 kop. dziennie od pacjentów, mieszkających w pokoju przeznaczonym dla 2-ch osób, 1 rb. 80 kop. w oddzielnych pokojach, oraz po 2 rb. dziennie w pokojach większych z wyjściem na balkon.

Ponieważ opłaty od chorych zaledwie pokrywają koszty utrzymania zakładu, zatem żadne ustępstwa od cen powyższych nie mogą być przyznawane.

Opłata będzie pobierana miesięcznie z góry. Każdy pacjent przy wstępowaniu do sanatorjum opłaci wpisowe w kwocie rb. 5-u, pokrywające koszt dezynfekcji pokoju, 2 spluwaczek (kieszonkowej i pokojowej), oraz ciepłomierza, które chory otrzyma na własność. Reszta funduszu z wpisowego będzie użyta na zapewnienie chorym rozrywek w rodzaju koncertów lub zabaw, urozmaicających kurację.

Do czasu ogłoszenia właściwego regulaminu przyjmowania chorych kandydaci do leczenia mogą się zgłaszać od dnia 1-go września r. b. bezpośrednio do dyrektora sanatorjum kol. St. Gałeckiego, który przyjmować będzie kandydatów na miejscu w Rudce ($1^1/_2$ w. od st. Mrozy D. Ż. N.) we wtorki i piątki.

(№ 99). Przy szpitalu Anny-Marji w Łodzi wzniesiono z funduszów, ofiarowanych na ten cel ku uczczeniu pamięci Dr. Jonschera przez pp. Herbstów, pawilon ortopedyczny, którego kierownictwo obejmie kol. Antoni Tomaszewski.

(№ 100). Niedawno zmarły prezes Tow. lekarskiego w Siedlcach, Dr. Anastazy Sawicki, zapisał Towarzystwu bogatą swą bibljotekę i znakomicie uposażoną pracownię prywatną.

(№ 101). Wyszedł z druku „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1906“ pod redakcją kol. K. Rzętkowskiego. W opracowaniu przyjęli udział kol.: Bełżyński, Bernhardt, Bieliński, Dąbrowski, Grosglik, Jakimiak, Jakowski, Kaczkowski, Kamieński, Kijewski St. Kołakowski, Korybut-Daszkiewicz, Korzon, Landau A., Landstein, Leśniowski, Łapiński, Łuczycki, Majewski A., Mutermilch St., Pawłowski, Rzętkowski, Starkiewicz, Szumlański, Świątecki W., Wernic, Wertheim, Winiarski, Zaleski, Zembrzuski St., Zweigbaum, Żeńczykowski, Żurakowski.

(№ 102). Na zapytanie ministerjum spraw wewnętrznych oświadczył się magistrat m. *Łodzi* za zaprowadzeniem w tem mieście obowiązkowego szczepienia krowianki, obliczając koszt tego na 40,000 rb. rocznie.

(№ 103). W Tow. lekarskiem w Lublinie wybrani zostali: prezesem Dr. Tołwiński, wiceprezesem Dr. Jaworowski, sekretarzem Dr. Modrzewski, skarbnikiem Dr. Staniszewski, bibliotekarzem Dr. Rotkiel.

(№ 104). W Otwocku otwarte zostało *Sanatorjum dla chorych nerwowych*. Sanatorjum, położone w miejscowości zacisznej i odosobnionej, w pięknym 7-mio morgowym lasku, znajduje się na krańcach Otwocka, po za obrębem wszelkich will i zakładów; od dworca kolei, w pobliżu którego usadowiły się najgłówniejsze zakłady dla chorych piersiowych, dzieli je przestrzeni 1 i pół wiorstowa.

Środki lecznicze, w Sanatorjum stosowane, są następujące: hydropatja, elektryzacja, masaż, gimnastyka, kąpiele kwaso-węglowe, igliwiowe, solankowe, słoneczno-powietrzne oraz wody mineralne; po za tem w jaknajszerszym zakresie stosowana jest psychoterapja (incl. hypnoza).

Wskazania do leczenia. Na pierwszym planie znajdują się najróżnorodniejsze choroby układu nerwowego, zarówno czynnościowe, jak i organiczne; po za tem do leczenia w Sanatorjum „Willa Marta“ kwalifikują się chorzy z *cierpieniami narządów trawienia*, *z zaburzeniami w przemianie materji oraz chorobami krwi*. Chorzy umysłowi, w ścisłem znaczeniu tego słowa, przyjmowani nie są.

Na miejscu stale przebywają dwaj lekarze specjaliści, koledzy: G. Krukowski i A. Tumpowski; prócz tego zakład bywa często odwiedzany przez konsultantów — znanych neurapatologów — z Warszawy.

Kuchnia w sanatorjum jest zdrowa, posilna i wykwintna. Dla chorych, żądających kuchni rytualnej, zakład abonuje obiady w jednej z żydowskich restauracji.

Prócz stałych pensjonarzy z kuracji zakładowej korzystać mogą i chorzy eksterni. Ci ostatni mają do swej dyspozycji mnóstwo will i pensjonatów, znajdujących się w Otwocku

Sanatorjum jest otwarte cały rok.

(№ 105). Dr. Antoni Jurasz, nadzwyczajny profesor Uniwersytetu w Heidelbergu, mianowany został profesorem laryngologii w uniwersytecie lwowskim.

(№ 106). † *Zmarli*. Aleksander Heinrich, przeżywszy lat 74, w Warszawie; pozostawił po sobie pamięć człowieka prawego i doświadczonego lekarza. — Kazimierz Kondratowicz w Żyszczowie. — Aron Kirschner, prymarjusz szpitala żydowskiego, w Krakowie. — Leon Silberstein przeżywszy lat 46, w Warszawie, — Zygmunt Zapolja-Zapolski, przeżywszy lat 63, w Winnicy na Podolu. — Piotr Kulikowski, przeżywszy lat 45, w Odesie.

Po zmarłym pierwszym prezesie Tow. Lek. Siedleckiego ś. p. Anastazym Sawickim znajdujemy w „Medycynie“ następujące wspomnienie pośmiertne (pióra kol. Korybut-Daszkiewicza).

„W d. 14 czerwca r. b. rozstał się z tym światem w Siedlcach kolega Anastazy Sawicki. Urodzony w 1847 roku w Krynicy na Podlasiu, ukończył w 1871 roku Uniwersytet Warszawski i po

trzyletniej asystenturze w klinice terapeutycznej, w którym to czazie zdał egzamin doktorski, ś. p. Sawicki osiedlił się początkowo w Białej Podlaskiej, a już w 1876 roku w Siedlcach, gdzie do końca życia zajmował się praktyką lekarską.

Wkrótce zdobył tam zmarły kolega uznanie wśród publiczności i wszystkich tych kolegów, którzy się z nim stykali, a zdobył je, nie zawdzięczając tego jakiemuś szczęśliwemu trafowi, lecz wielkim zaletom, jako człowieka i lekarza.

Niezwykle skromny i w postępowaniu z kolegami do pedantyzmu etyczny, a przytem sumienny i ścisły w badaniu lekarskiem, mimo wielkiej pracy, jakiej się z powodu rozległej praktyki oddawał, znajdował jednak czas na ciągłe dalsze kształcenie się, na dopełnianie swego badania chorego—przez badanie jego wydzielin i w razie potrzeby jego krwi, w czem doszedł do wyjątkowej doskonałości.

Piszący te słowa miewał sposobność niejednokrotnie widywać zmarłego kolegę w Jego prywatnej pracowni i podziwiać zarówno technikę mikroskopową, jak i głęboką wiedzę ś. p. A. Sawickiego; nie szczędził też On i środków na swoją ukochaną pracownię, dzięki czemu stała się ona tak bogatą, jak rzadko się to zdarza, gdy chodzi o „własność prywatną.

Prac naukowych ogłosił też kilka zmarły przedwcześnie kolega.

Niedawno w imię swych rzetelnych zasług powołany jednogłośnie przez kolegów ziemi podlaskiej na zaszczytne stanowisko prezesa Towarzystwa Lekarskiego Siedleckiego, nie mógł już z powodu ciężkiej choroby zajmować się jego losami, nie zapomniał jednak i o tej instytucji, zapisując na jej rzecz całą swą bogatą bibliotekę i pracownię.

Przedwcześnie zgasł człowiek wielkiej wiedzy i wielkiego serca!

Niech ci ziemia, zacny Kolego, wytrwały, skromny pracowniku, lekką będzie!"

Wydawcy: Dr. J. Michalski i Dr. H. Trenkner. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Druk. S. Dębskiego w Łodzi, Długa 6.